

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

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

Дерматовенерология. Ординатура

Сборник методических указаний для обучающихся к аудиторным
практическим занятиям по специальности ординатуры

31.08.32 - Дерматовенерология

Красноярск

2018

Дерматовенерология. Ординатура: сб. методич. указаний для обучающихся к практ. занятиям для специальности ординатуры 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2018. – 576 с.

Составители: д.м.н. Ю.В. Карачева
к.м.н., доцент Яковлева Т.А.

Сборник методических указаний для обучающихся предназначены для аудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВО № 1074 от 25.08.2014 подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология, рабочей программой специальности (2018г.) и СТО 7.5.10-16.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 6 от «25»июня 2018).

1. Занятие №1

Тема: «Теоретические вопросы здравоохранения»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы:

Работа с больными требует от врача не только высокого профессионализма, но и тактики, определяемой данной конкретной ситуацией. Работа с венбольными имеет особые оттенки. Врач должен знать структуру службы и задачи каждого подразделения. Поэтому изучение этой темы имеет большое значение для дерматовенерологов.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).
- учебная: изучить законы и нормативные правовые акты по работе с дерматовенерологическими больными, организацию дерматовенерологической стационарной и поликлинической помощи.

- знать:

- законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией
- международную систему единиц (СИ),
- действующие международные классификации
- документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций дерматовенерологического профиля.

- уметь:

- использовать методы управления, организовывать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции врача-дерматовенеролога;
- анализировать показатели работы дерматовенерологической службы, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов их структурных подразделений дерматовенерологического профиля,
- проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам

- владеть:

- нормативной документацией, принятой в здравоохранении (законы Российской Федерации)
- техническими регламентами
- международными и национальными стандартами, приказами, рекомендациями.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. СТРУКТУРА РАБОТЫ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ (УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4):

- 1) приказом МЗ РФ от 30 июля 2001 года №291 « О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем»
- 2) приказом МЗ РФ «Организация серологической помощи»
- 3) перечнем стандартов медицинской помощи больным при различных заболеваниях
- 4) основами законодательства РФ об охране здоровья граждан
- 5) проблемами формирования единой системы стандартизации в здравоохранении

2. КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР ОБЯЗАН (УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-7, ПК-10):

- 1) своевременно и качественно оказывать специализированную дерматовенерологическую помощь населению
- 2) организовывать и проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия по предотвращению распространения ИППП и заразных кожных заболеваний
- 3) обеспечивать весь комплекс профилактических, диагностических и лечебно - реабилитационных мероприятий больным дерматовенерологического профиля
- 4) своевременно оказывать специализированную помощь , организовывать, проводить профилактические, диагностические и лечебные мероприятия
- 5) нет правильного ответа

3. СТРУКТУРА ДИСПАНСЕРА (ПК-10):

- 1) амбулаторное и стационарное отделения
- 2) организационно - методический отдел
- 3) отдел первичной профилактики
- 4) диагностическая лаборатория
- 5) амбулаторное, стационарное отделения; организационно – методический и первичной профилактики отделы, диагностическая лаборатория

4. ДИСПАНСЕРНЫЙ МЕТОД РАБОТЫ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ (ПК-1, ПК-2, ПК-3):

- 1) ежегодный медицинский осмотр с проведением определенного объема лабораторного исследований
- 2) дообследование нуждающихся с использованием всех современных методов диагностики
- 3) выявление лиц, имеющих факторы риска, способствующих возникновению и развитию заболевания
- 4) выявление заболеваний на ранних стадиях
- 5) ежегодный медицинский осмотр с проведением лабораторного исследования; дообследование нуждающихся; выявление лиц с факторами риска и заболеваний

5. ОБЯЗАННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ДИСПАНСЕРА (ПК-3, ПК-4):

- 1) розыск контактов заболевших ИППП
- 2) привлечение к обследованию контактов заболевших ИППП
- 3) передача данных о контактах заболевших ИППП в полицию
- 4) розыск контактов заболевших ИППП; привлечение к обследованию контактов заболевших ИППП
- 5) розыск контактов заболевших ИППП; привлечение к обследованию контактов заболевших ИППП; передача данных о контактах заболевших ИППП в полицию

6. ЗАДАЧИ ОТДЕЛА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3):

- 1) предупреждение распространения ИППП
- 2) предупреждение развития болезней и их осложнений
- 3) уменьшение риска ВИЧ-инфицирования

- 4) предупреждение распространения ИППП, предупреждение развития болезней и их осложнений, уменьшение риска ВИЧ-инфицирования
- 5) лечение больных

7. КЛАССЫ ИЗ ПЕРЕЧНЯ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ (ПК-11):

- 1) класс I
- 2) класс II
- 3) класс XII
- 4) класс XIV
- 5) классы I, II, XII, XIV

8. К ПОКАЗАТЕЛЯМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕ ОТНОСИТСЯ (ПК-4, ПК-10, ПК-11):

- 1) полнота трудоустройства нуждающихся больных
- 2) полнота охвата больных противорецидивным лечением
- 3) полнота охвата больных стационарным лечением
- 4) полнота охвата больных санаторно-курортным лечением
- 5) полнота охвата больных лабораторным обследованием

9. ПРАВИЛЬНЫМ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ КАК НАУКИ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1):

- 1) социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении
- 2) социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения
- 3) социальная гигиена – система мероприятий по охране здоровья населения
- 4) социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении; социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения; социальная гигиена – система мероприятий по охране здоровья населения
- 5) социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении; социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения

10. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ (УК-1, ПК-10, ПК-11):

- 1) виды медицинской помощи, предоставляемые населению бесплатно
- 2) медицинскую помощь, предоставляемую в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования
- 3) медицинскую помощь, предоставляемую за счет средств бюджетов всех уровней
- 4) нормативы объемов медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования Программы
- 5) нормативы объемов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования Программы

11. БЕСПЛАТНЫЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ПК-10, ПК-11):

- 1) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц
- 2) амбулаторно-поликлиническая помощь
- 3) стационарная помощь

- 4) скорая медицинская помощь; амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь
- 5) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц; амбулаторно-поликлиническая помощь.

12. В РАМКАХ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ (ПК-10, ПК-11):

- 1) амбулаторно-поликлиническая помощь
- 2) стационарная помощь
- 3) медицинская помощь при беременности, родах и в послеродовый период
- 4) медицинская помощь при абортах и отдельных состояниях, возникших в перинатальный период
- 5) амбулаторно-поликлиническая, стационарная помощь; медицинская помощь при беременности, родах, при абортах и состояниях в перинатальный период

13. МЕРОПРИЯТИЯ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4):

- 1) профилактика заболеваний
- 2) диспансерное наблюдение
- 3) диспансерное наблюдение здоровых детей
- 4) профилактика аборт
- 5) профилактика заболеваний; диспансерное наблюдение; диспансерное наблюдение здоровых детей; профилактика аборт

14. В ПРАВА ГРАЖДАН ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО - СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НЕ ВХОДИТ СТАТЬЯ (ПК-10, ПК-11, ПК-12):

- 1) Статья 30. Права пациента
- 2) Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья
- 3) Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство
- 4) Статья 37. Медицинская стерилизация
- 5) Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан

5.2. Основные понятия и положения темы.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Здоровье нации является неотъемлемой частью общественного богатства и ключевым ресурсом развития государства, а показатели состояния здоровья населения - важным критерием для развития общества.

Структура работы кожных и венерологических диспансеров основывается на Приказе МЗ РФ от 30 июля 2001 года №291 «О МЕРАХ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ».

Деятельность КККВД №1 осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, приказами, распоряжениями и указаниями вышестоящих органов управления здравоохранением, Уставом диспансера, на основании решения Красноярского Крайисполкома (приказ №521 «Об организации Краевого кожно-венерологического диспансера» от 31.07.1980г.), лицензии, выданной управлением Росздравнадзора по Красноярскому краю.

Диспансер имеет право:

Самостоятельно планировать и осуществлять свою деятельность в рамках региональной (федеральной) программы по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, дерматозов и заразных кожных заболеваний в соответствии с действующим законодательством в области охраны здоровья.

Диспансер обязан:

Своевременно и качественно оказывать специализированную дерматовенерологическую помощь населению субъекта Российской Федерации.

Организовывать и проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия по предотвращению распространения ИППП и заразных кожных заболеваний.

Обеспечивать весь комплекс профилактических, диагностических и лечебно - реабилитационных мероприятий больным дерматовенерологического профиля.

Диспансер имеет в своей структуре следующие подразделения:

- а) амбулаторное отделение;
- б) стационарное отделение;
- в) организационно - методический отдел;
- г) отдел первичной профилактики;
- д) диагностическую лабораторию;
- з) прочие структурные подразделения.

Поликлиника КВД представлена двумя поликлиническими отделениями (мощность 500 посещений в день). В структуре отделений выделены следующие приемы – краевой консультативный, прием подростков и призывников.

Основной метод работы – диспансерный, предусматривает:

Ежегодный медицинский осмотр с проведением определенного объема лабораторного исследований.

Дообследование нуждающихся с использованием всех современных методов диагностики.

Выявление лиц, имеющих факторы риска, способствующих возникновению и развитию заболевания.

Выявление заболеваний в ранних стадиях.

Определение и индивидуальную оценку состояния здоровья.

Разработку и проведение комплекса необходимых медицинских и социальных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием здоровья населения.

Профосмотры – это одна из форм работы по диспансеризации. Диспансером в настоящее время осуществляются только целевые профилактические осмотры при выявлении заразных кожных больных и больных сифилисом и гонореей по показаниям.

Амбулаторное отделение оказывает специализированную дерматовенерологическую помощь по профилактике, обследованию, диагностике, лечению, диспансеризации больных кожными, заразными кожными заболеваниями и инфекциями, передаваемыми половым путем.

Отделение выдает медицинские заключения по результатам консультации больных дерматовенерологического профиля и рекомендации по их лечению, листки временной нетрудоспособности.

В структуре поликлинических отделений организован эпидемиологический отдел, занимающийся розыском и привлечением к обследованию контактов заболевших инфекциями, передаваемыми половым путем (далее ИППП).

Отдел первичной профилактики организован для выполнения следующих задач:

- предупреждение распространения инфекций, передаваемых половым путем;

- предупреждение развития болезней и их осложнений;
- уменьшение риска ВИЧ-инфицирования.

Отдел первичной профилактики осуществляет свою работу по следующим направлениям:

- воспитание сексуальной культуры контрацепции среди подростков и молодежи, лиц с "рисковым поведением" (проститутки, бездомные, гомосексуалисты, алкоголики) с активным вовлечением их в эту работу; бесплатная раздача презервативов;
- создание специальных программ по санпросветработе среди неучащейся и неработающей молодежи;
- привлечение общественных организаций к работе с этими группами;
- информирование населения о том, что медицинская помощь, оказываемая в рамках государственных служб, обеспечивает как соблюдение принципов неприкосновенности частной жизни, так и конфиденциальность полученной информации.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Ознакомиться со структурой кожно-венерологического диспансера, его правами и обязанностями
2. Ознакомиться с перечнем стандартов медицинской помощи дерматовенерологическим больным.
3. Заслушивание рефератов.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

В поликлинику кожно-венерологического диспансера обратился пациент, состоящий в половом контакте с больным гонореей.

1. Какая документация заполняется?
2. Перечислите показатели диспансеризации.
3. Перечислите основные задачи поликлиники.
4. Дайте определение социальной гигиены.
5. Что входит в понятие «Общественное здоровье»

Задача №2

К дерматовенерологу обратился пациент с трихомонозом.

1. Какая документация заполняется?
2. О чем гласит приказ МЗ РФ №291 от 30.07.2001.
3. Перечислите факторы оказывающие влияние на сохранение и укрепление здоровья населения.
4. Перечислите субъекты, подлежащие обязательному страхованию.
5. Что входит в структуру больничных учреждений РФ?

Задача №3

К дерматовенерологу обратился пациент с микроспорией.

1. Какие сведения записываются в медицинскую карту больного?
2. О чем гласит приказа МЗ РФ №403 от 12.08.2003 года?
3. Что входит в базовую программу медицинского страхования?
4. Дайте определение социальной гигиены.
5. Перечислите субъекты, подлежащие обязательному страхованию.

Задача №4

В поликлинику кожно-венерологического диспансера обратился пациент. Выставлен диагноз – руброфития.

1. Какая документация заполняется?
2. Что предполагает в развитие профилактического направления?
3. О чем гласит приказа МЗ РФ №403 от 12.08.2003 года?
4. Что входит в понятие «Общественное здоровье»?
5. Что входит в базовую программу медицинского страхования?

Задача №5

К дерматовенерологу обратился пациент с микроспорией волосистой части головы..

1. Какие сведения записываются в медицинскую карту больного?
2. Что предполагает в развитие профилактического направления?
3. О чем гласит приказа МЗ РФ №403 от 12.08.2003 года?
4. Дайте определение социальной гигиены.
5. Что входит в структуру больничных учреждений РФ?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. На основании какого приказа основывается структура работы кожно-венерологического диспансера?
2. Права и обязанности кожно-венерологического диспансера.
3. Какие подразделения имеются в структуре кожно-венерологического диспансера?

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

1. Анализ структуры кожно-венерологических диспансеров и эффективность их работы.
2. Методы профилактической работы в дерматовенерологии.
3. Основы законодательства о здравоохранении.
4. Основы медицинского страхования.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №2

ТЕМА: «Этика и деонтология в дерматовенерологии»

Индекс темы ОД.О.01.1.1.2

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

2. Занятие №2

Тема: «Этика и деонтология в дерматовенерологии»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание законов и нормативно - правовых актов по работе с конфиденциальной информацией, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия необходимо в повседневной работе врача дерматовенеролога.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):
- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- учебная: обучить правилам врачебной этики, способностям толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
- **знать:**
 - моральные и правовые нормы
 - правила врачебной этики
 - законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией
 - закон о врачебной тайне
- **уметь:**
 - Управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
- **владеть:**

- способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального дерматовенерологического содержания;

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ – ЭТО (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9):

- а) самостоятельная наука о долге медицинских работников
- б) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики
- в) это специфическое проявление общей этики в деятельности врача
- г) это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников
- д) это наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств

2. В КАКИХ СИТУАЦИЯХ ВРАЧ МОЖЕТ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТОМ И ПЕРЕПОРУЧИВ ЕГО ДРУГОМУ СПЕЦИАЛИСТУ (УК-1, УК-3, ПК-10):

- а) не понравился пациент
- б) в связи с личной занятостью
- в) если чувствует себя недостаточно компетентным
- г) если он является дежурным врачом
- д) если не устраивают условия труда

3. КАКИЕ ОТНОШЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ (УК-2, ПК-9):

- а) навязывание политических и религиозных взглядов
- б) получать благодарность в приемлемой форме
- в) заниматься вымогательством и взяточничеством
- г) использовать свои знания и возможности в негуманных целях
- д) интимные отношения

4. С НОРМАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ СОВМЕСТИМЫ (УК-2, ПК-10):

- а) вымогательство денежных средств за направление пациента в определённые ЛПУ к определённому специалисту.
- б) реклама с целью продвижения личных интересов
- в) не разглашение врачебной тайны
- г) разглашение врачебной тайны
- д) распределение пациентов по социальному статусу.

5. К ФАКТОРАМ, КОТОРЫЕ НЕ ОКАЗЫВАЮТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ОТНОСЯТСЯ (УК-1, УК-2, ПК-9, ПК-10):

- а) уровень культуры населения

- б) экологические факторы среды
- в) качество и доступность медицинской помощи
- г) безопасные условия труда
- д) сбалансированность питания

6. В ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРЫ ПО СОКРАЩЕНИЮ ЗАТРАТ ВРЕМЕНИ ПАЦИЕНТОВ НА ПОСЕЩЕНИЕ ПОЛИКЛИНИКИ НЕ ВКЛЮЧАЕТСЯ (УК-2, УК-3, ПК-10):

- а) анализ интенсивности потока больных по времени
- б) нормирование деятельности врачей
- в) правильная организация графика приема врачей
- г) четкая работа регистратуры
- д) дисциплина персонала

7. К ОСНОВНЫМ ОБЯЗАННОСТЯМ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА ПРИ ОКАЗАНИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ПРОЖИВАЮЩЕМУ НА ЗАКРЕПЛЕННОМ УЧАСТКЕ, НЕ ОТНОСИТСЯ (ПК-9, ПК-10):

- а) оказание своевременной терапевтической помощи
- б) организация госпитализации больных
- в) организация специализированной медицинской помощи
- г) проведение экспертизы временной нетрудоспособности
- д) организация диспансерного наблюдения населения

8. К ПРИНЦИПАМИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ БОЛЬНОГО НЕ ОТНОСИТСЯ (УК-2, ПК-9):

- 1) определение диагноза
- 2) уважения к личности каждого клиента
- 3) уважения права индивидуума на принятие решения
- 4) уважения способности индивидуума принимать решение
- 5) соблюдения конфиденциальности

9. ЭТАПЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СЛУЖБАХ ИППП: (УК-2, ПК-9):

- 1) приветствие
- 2) оценка потребностей
- 3) медицинское просвещение
- 4) описание и объяснение; информация о повторном визите
- 5) приветствие; оценка потребностей; медицинское просвещение; объяснение; информация о повторном визите

10. НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМОЙ ФОРМОЙ ОБРАЩЕНИЯ К БОЛЬНОМУ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-2):

- 1) больной
- 2) пациент
- 3) клиент
- 4) по имени и отчеству
- 5) по фамилии

11. НАВЫКАМИ ОБЩЕНИЯ ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, УК-2, ПК-9):

- 1) невербальное общение
- 2) открытые вопросы
- 3) внимательное выслушивание
- 4) отражение/перефразирование
- 5) невербальное общение, открытые вопросы, внимательное выслушивание, отражение перефразирование

12. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИППП У РАБОТНИКОВ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА (УК-1, ПК-9):

- 1) аутрич
- 2) принудительное освидетельствование на ИППП с привлечением полиции
- 3) регламентация проституции
- 4) введение санитарных книжек
- 5) хороши все средства

13. ПРАВА ПАЦИЕНТА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАТЬЕЙ (УК-3 ,ПК-9):

- 1) статья 30
- 2) статья 31
- 3) статья 32
- 4) статья 33
- 5) статья 34

14. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАТЬЕЙ (УК-3, ПК-9):

- 1) статья 60
- 2) статья 61
- 3) статья 62
- 4) статья 63
- 5) статья 64

15. ЗАРАЖЕНИЕ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАТЬЕЙ УК РФ (УК-3, ПК-9):

- 1) статья 120
- 2) статья 121
- 3) статья 122
- 4) статья 123
- 5) статья 124

16. ЗАРАЖЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАТЬЕЙ УК РФ (УК-3, ПК-9):

- 1) статья 120
- 2) статья 121
- 3) статья 122
- 4) статья 123
- 5) статья 124

17. ПРАВА КЛИЕНТА НЕ ВКЛЮЧАЮТ (УК-2, ПК-10):

- 1) права на правдивую и полную информацию
- 2) доступности услуг и выбор
 - 3) обязательного присутствия в кабинете медсестры
 - 4) уважения чувства достоинства клиента
 - 5) выражения мнения о качестве оказываемых услуг

18. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ НЕ ПРЕСЛЕДУЕТ ЦЕЛЬ (УК-2, ПК-9, ПК-10):

- 1) ознакомления пациентов с информацией об ИППП/ВИЧ
- 2) оценки индивидуальных факторов риска инфицирования пациента
- 3) постановки диагноза
- 4) предложения неосуждающего совета об изменении сексуального поведения
- 5) убеждения в необходимости лечения ИППП у клиента и его сексуальных партнеров

19. ФОРМА СЕКСУАЛЬНОГО КОНТАКТА С НИЗКОЙ СТЕПЕНЬЮ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ИППП (УК-1, ПК-9):

- 1) генито-анальный секс без презерватива
- 2) фелляция без презерватива
- 3) взаимная мастурбация
- 4) генито-вагинальный секс без презерватива
- 5) орально-анальный секс без презерватива

20. ФОРМЫ НЕВЕРБАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ (УК-2, ПК-9):

- 1) положение корпуса
- 2) выражение лица
- 3) визуальный контакт
- 4) жестикуляция
- 5) положение корпуса, выражение лица, визуальный контакт, жестикуляция

5.2. Основные понятия и положения темы.

Врач и права пациента

Врач должен уважать честь и достоинства пациента. Грубое и негуманное отношение к пациенту, унижение его человеческого достоинства, а также любые проявления превосходства или выражение кому-либо из пациентов предпочтения или неприязни со стороны врача недопустимы. При возникновении конфликта интересов пациент – общество, пациент – семья и т.п. врач обязан отдавать предпочтение интересам пациента, если только их реализация не причиняет прямого ущерба самому пациенту или окружающим.

Врач должен строить отношения с пациентом на основе взаимного доверия и взаимной ответственности, стремясь к «терапевтическому сотрудничеству», когда пациент становится терапевтическим союзником врача. В оптимистическом ключе и на доступном уровне следует обсуждать проблемы его здоровья, разъяснять план медицинских действий, дать объективную информацию о преимуществах, недостатках и цене существующих методов обследования и лечения.

При оказании медицинской помощи врач должен руководствоваться исключительно интересами пациента, своими знаниями и личным опытом.

Поведение врача должно способствовать развитию у пациента чувства ответственности за свои поступки. Отказ вменяемого пациента от медицинской помощи, как правило есть результат отсутствия терапевтического сотрудничества между врачом и пациентом, а потому всегда остается на совести врача. Ни какое медицинское вмешательство не должно быть произведено без согласия пациента, кроме особых случаев, когда:

- тяжесть физического или психического состояния не позволяет пациенту принять осознанное решение.

- пациент является источником опасности для окружающих. В таких случаях применение врачом недобровольных мер необходимо и этично. В случаях, когда на врача возлагается осуществление принудительного обследования или лечения, он может осуществлять эти меры только в строгом соответствии с требованиями законодательства.

Пациент в праве рассчитывать на то, что врач сохранит в тайне всю медицинскую и доверенную

Ему личную информацию. Врач не вправе разглашать без разрешения пациента или его законного представителя сведения, полученные в ходе обследования или лечения, включая и сам факт обращения за помощью. Врач должен принять меры препятствующие разглашению медицинской тайны лицам, участвующими любым способом в лечебно-диагностическом процессе, а также лицам, имеющими доступ к медицинским документам. Смерть пациента не освобождает от обязанности твердо хранить медицинскую тайну. Разглашение тайны не считаются случаи предоставления или передачи медицинской информации:

- с целью профессиональных консультаций;

- с целью проведения научных исследований, оценок эффективности лечебно-оздоровительных программ, экспертизы качества медицинской помощи и учебного процесса.

Отношения с коллегами.

Врач обязан поддержать честь и благородные традиции медицинского сообщества.

В течение жизни врач обязан сохранить уважение, благодарность и обязательства по отношению к тому, кто научил его врачебному искусству.

Врач обязан делать все от него зависящее для консолидации врачебного сообщества, активно участвовать в работе врачебных ассоциаций, защищать честь и достоинство коллег, как свои собственные, не применять диагностические и лечебные методы, осужденные ассоциацией врачей.

Моральная обязанность врача блюсти чистоту рядов врачебного сообщества, беспристрастно анализировать ошибки своих коллег, как свои собственные, активно препятствовать практике бесчестных и некомпетентных коллег, а также различного рода непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациентов.

По отношению к коллегам врач должен вести себя так, как хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему. Во взаимоотношениях с коллегами врач обязан быть честен, справедлив, доброжелателен, порядочен, должен с уважением относиться к их знаниям и опыту, а также быть готовым бескорыстно передать им свои опыт и знания.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Работа со специальной литературой

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

Пациент находился в КККВД на стационарном лечении с венерическим заболеванием. После окончания лечения, больной был выписан из стационара. В семье пациента возник конфликт. Со слов семьи их родственник ещё болен, поэтому должен находиться в стационаре.

1. При возникновении конфликта интересов пациент-общество, пациент-семья и т.п, чьим интересам врач должен отдавать предпочтение?
2. Дайте определение медицинской деонтологии.
3. Перечислите характеристики медицинской этики.
4. В чем заключается необходимость в соблюдении врачебной тайны?
5. Назовите основные аспекты медицинской деонтологии.

Задача №2

Пациент находился в КККВД на стационарном лечении. В течение недели пациент не был осведомлен о результатах анализов и о поставленном диагнозе.

1. Какое право пациента было нарушено?
2. Перечислите характеристики медицинской этики.
3. В чем заключается необходимость в соблюдении врачебной тайны?
4. Назовите основные аспекты медицинской деонтологии.
5. Дайте определение медицинской деонтологии.

Задача №3

После консультации в поликлинике КККВД пациент решил проконсультироваться с другим врачом этой же поликлиники, в чем ему было отказано.

1. Какое право было нарушено пациента?
2. В чем заключается необходимость в соблюдении врачебной тайны?
3. При каких условиях предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается?
4. С согласия кого, допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях?
5. Перечислите характеристики медицинской этики

Задача №4

У мужчины 30 лет выявлен вторичный сифилис. Источник заражения – знакомая женщина. Больной женат, имеет дочь 2 лет.

1. Как сообщить жене о заболевании мужа?
2. Какова Ваша тактика по отношению к жене и дочери?
3. При каких условиях предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается?
4. В чем заключается необходимость в соблюдении врачебной тайны?
5. Перечислите характеристики медицинской этики.

Задача №5

В кожно-венерологический диспансер обратился молодой человек с острым уретритом. При обследовании выявлена острая свежая гонорея. Пациент живет активной половой жизнью с различными женщинами, в том числе женщинами коммерческого секса; при этом презервативом пользуется редко.

1. Ваша тактика по отношению к пациенту?
2. При каких условиях предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается?
3. Перечислите характеристики медицинской этики.
4. В чем заключается необходимость в соблюдении врачебной тайны?
5. Дайте определение медицинской деонтологии.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. В каких случаях медицинское вмешательство может быть произведено без согласия пациента?
2. Как должен себя вести врач по отношению к коллегам?

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

1. Врачебная тайна.
2. Проблемы медицинской этики и деонтологии в практике венеролога.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
			в библиотеке	на кафедре
Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача

7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №3

ТЕМА: «Анатомия и физиология кожи»

Индекс темы ОД.О.01.1.1.3

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

3. Занятие №3

Тема: «Анатомия и физиология кожи»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание основ анатомии и физиологии кожи позволит практическим врачам - дерматологам легко ориентироваться в особенностях клинических проявлений различных дерматозов и в их дифференциальной диагностике.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

-готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);

- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

-учебная: изучить основы морфологии и физиологии кожи

- знать:

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

- уметь:

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

- владеть:

- оценкой результатов гистопатологических исследований различных нозологических форм кожных заболеваний.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ДЕРМА СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СЛОЕВ (УК-1, ПК-5, ПК-6):

- а) сетчатый
- б) шиповатый
- в) роговой
- г) зернистый
- д) базальный

2. В СОСТАВ ЭПИДЕРМИСА НЕ ВХОДИТ СЛЕДУЮЩИЙ СЛОЙ (УК-1, ПК-5, ПК-6):

- а) базальный
- б) сосочковый
- в) шиповатый
- г) зернистый
- д) роговой

3. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ПОЛОСТИ РТА СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СЛОЕВ (УК-1, ПК-5, ПК-6):

- а) базального и зернистого
- б) шиповатого и рогового
- в) зернистого и рогового
- г) блестящего и базального
- д) шиповатого и базального

4. КЛЕТКИ ЛАНГЕРГАНСА РАСПОЛОЖЕНЫ В СЛОЕ КОЖИ (УК-1, ПК-5, ПК-6):

- а) блестящем
- б) зернистом
- в) роговом
- г) шиповатом
- д) сетчатом

5. СЛОИ ДЕРМЫ (УК-1, ПК-5, ПК-6):

- а) сосочковый и сетчатый
- б) базальный и шиповидный
- в) зернистый
- г) гранулярный
- д) шиповидный

6. АПОКРИНОВЫЕ ПОТОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ РАСПОЛОЖЕНЫ (УК-1, ПК-5, ПК-6):

- а) в подмышечных впадинах
- б) на ладонях
- в) на голове
- г) на подошвах
- д) вокруг рта

7. КРОВЕНОСНЫЕ СОСУДЫ В КОЖЕ ОТСУТСТВУЮТ В (УК-1, ПК-5, ПК-6):

- а) эпидермисе
- б) дерме
- в) гиподерме
- г) подкожно-жировой клетчатке
- д) собственно коже

8. САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ В КОЖЕ ОТСУТСТВУЮТ (УК-1, ПК-5, ПК-6):

- а) на лице

- б) на груди
- в) на ладонях
- г) на волосистой части головы
- д) на туловище

9. ЧУВСТВО ХОЛОДА ВОСПРИНИМАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ (УК-1, ПК-5, ПК-6):

- а) телец Фатера-Пачини
- б) телец Мейснера
- в) колб Краузе
- г) телец Руффини
- д) клеток Меркеля

10. ТЕЛЬЦА РУФФИНИ (УК-1, ПК-5, ПК-6):

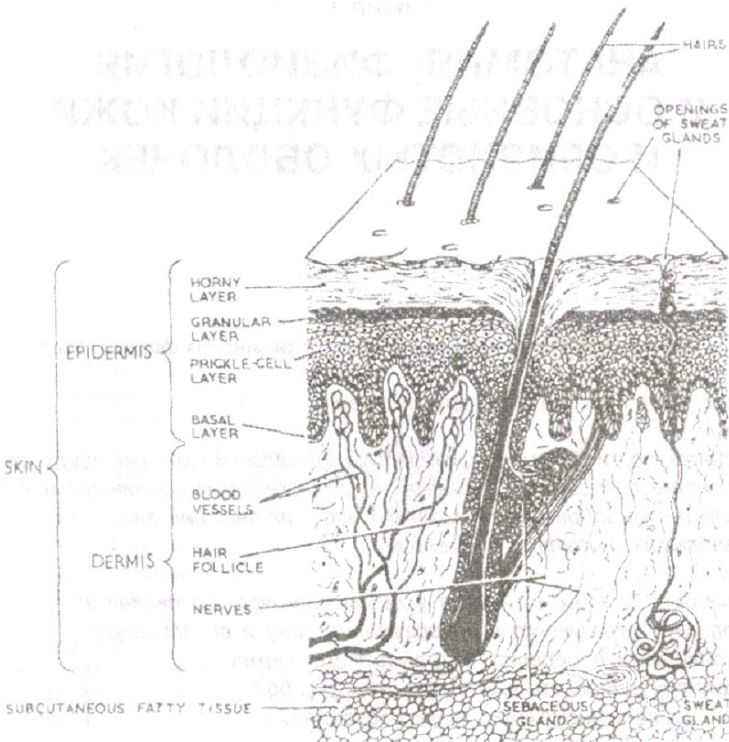
- а) самый крупный рецептор кожи
- б) расположены в гиподерме
- в) расположены в глубоких слоях дермы
- г) ответственны за чувство глубокого давления
- д) ответственны за чувство холода

5.2. Основные понятия и положения темы.

АНАТОМИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ И ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

СТРОЕНИЕ И ФУНКЦИИ КОЖИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ

Кожа – особый орган тела человека, ее площадь у взрослого человека составляет от 1,5



до 2,5 м². Она состоит из трех плотно прикрепленных друг к другу слоев: эпидермиса, дермы и подкожной жировой клетчатки. К придаткам (или производным) кожи относят кожные железы (потовые и сальные), а также волосы и ногти.

Эпидермис представлен многослойным плоским ороговевающим эпителием эпидермального типа. Эпидермис состоит из следующих слоев клеток: базального, шиповатого, зернистого, блестящего (присутствует только в коже

ладоней и подошв) и рогового.

Базальный слой располагается на базальной мембране. Базальная мембрана имеет толщину 0,7-1,5 мкм и состоит из *блестящей*, или *светлой*, *пластинки (lamina lucida)*, граничащей с цитоплазмой базальных клеток, и *плотной пластинки (lamina densa)*,

примыкающей к дерме. Клетки базального слоя (базальные кератиноциты) прикрепляются к пластинке базальной мембраны, содержащей адгезивные белки ламинин и фибронектин, с помощью *полудесмосом* (электронно-плотные участки цитоплазматической мембраны кератиноцитов, связанные с внутриклеточными тонофиламенстами)

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

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

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

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

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

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

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

Дерма состоит из двух слоев, нечетко отграниченных друг от друга: сосочкового и сетчатого. *Сосочковый слой* прилежит непосредственно к эпидермису и представлен рыхлой волокнистой соединительной тканью. Этот слой определяет рисунок гребешков и бороздок на поверхности кожи. *Сетчатый слой* дермы образован плотной неоформленной волокнистой соединительной тканью. Содержит волокнистые структуры; коллагеновые, эластические и ретикулярные (ретикулиновые, аргирофильные) волокна.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

волос зависят от комбинации обоих пигментов. Структура и цвет волос являются генетически детерминированными и во многом зависят от расы.

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

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

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

Основные функции кожи

Структуры и факторы, обеспечивающие эти функции	Функция
Защитная	Механическая защита: прочность соединения эпидермиса и дермы (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

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Сделать зарисовки строения кожи.
2. Сделать зарисовки придатков кожи.
3. Разобрать меланогенез.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1.

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

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

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

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

5. Перечислите слои дермы.

Задача №2.

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

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

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

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

Задача №3.

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

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

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре ногтевые пластинки изменены, утолщены.

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

Задача №4

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

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

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

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

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

4. Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах кожи.
5. Выпишите рецепты гипосенсибилизирующего и антигистаминного препаратов.

Задача №5

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

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

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

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

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

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

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

1. Особенности оценки состояния кожи дерматологического больного.
2. Современные особенности строения кожи и её придатков.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель , редактор	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедр е
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ		

			2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2016. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №4

ТЕМА: «Общая патология кожных болезней»

Индекс темы ОД.О.01.1.1.4

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №4

Тема: «Общая патология кожных болезней»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание общей патологии кожных болезней позволит практическим врачам - дерматологам легко ориентироваться в особенностях клинических проявлений различных дерматозов и в их дифференциальной диагностике.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

-готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

-готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

-учебная: изучить общие патологические процессы в эпидермисе и дермы.

-знать:

- знать патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов.

- уметь:

- анализировать в каждом конкретном случае причины развития кожного заболевания.

- владеть:

- основными методиками клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. Гипертрофия эпидермиса – это утолщение (УК-1, ПК-6):

- а) рогового слоя
- б) зернистого слоя
- в) базального слоя
- г) шиповидного слоя
- д) базального и шиповатого

2. Дискератоз – это (УК-1, ПК-6):

- а) нарушение ороговения отдельных клеток и группы клеток
- б) нарушение ороговения только групп клеток
- в) нарушение ороговения всего эпителия
- г) любое отклонение от нормального рогообразования
- д) нарушение ороговения только отдельных клеток

3. Гранулез – это утолщение (УК-1, ПК-6):

- а) эпидермиса
- б) шиповидного слоя
- в) зернистого слоя
- г) базального слоя
- д) рогового слоя

4. Что такое акантоз? (УК-1, ПК-6):

- а) разрыв межклеточных мостиков
- б) утолщение шиповидного слоя
- в) отек сосочкового слоя дермы
- г) межклеточные щели с воздухом
- д) утолщение рогового слоя

5. Что не характерно для паракератоза? (УК-1, ПК-6):

- а) клетки с палочковидными ядрами
- б) утолщение рогового слоя
- в) межклеточные щели с воздухом
- г) рыхлые чешуйки
- д) роговой жир между клетками

6. Что характерно для гиперкератоза? (УК-1, ПК-6):

- а) клетки с палочковидными ядрами
- б) утолщение рогового слоя
- в) межклеточные щели с воздухом
- г) рыхлые чешуйки
- д) роговой жир между клетками

7. Акантолиз – это (УК-1, ПК-6):

- а) разрушение межклеточных мостиков клеток шиповидного слоя
- б) раздвижение эпителиальных клеток
- в) формирование микровезикул
- г) скопление в межклеточных щелях отечной жидкости
- д) образование внутридермальных пузырей

8. Спонгиоз – это (УК-1, ПК-6):

- а) скопление серозной жидкости
- б) дегенеративное изменение эпидермальных клеток, утративших связь с окружающими и плавающими в пузырьной жидкости
- в) растягивание межклеточных мостиков и разрыв межклеточных связей
- г) роговой жир между клетками
- д) отек сосочкового слоя дермы
- скопление серозной жидкости

9. Атрофия дермы – это (УК-1, ПК-6):

- а) уплощение сосочкового слоя
- б) растягивание межклеточных мостиков и разрыв межклеточных связей
- в) отек сосочкового слоя дермы
- г) уменьшение количества сосудов дермы
- д) вакуольная дегенерация

10. Патогистологические изменения, встречающиеся в собственно коже (УК-1, ПК-6):

- а) спонгиоз
- б) дискератоз
- в) папилломатоз
- г) акантоз
- д) вакуольная дегенерация

5.2. Основные понятия и положения темы.

Различают патогистологические процессы, наблюдаемые в *эпидермисе* и *дерме*.

По характеру патологического процесса в *эпидермисе* выделяют процессы, связанные с изменением эпидермальной кинетики (*гиперкератоз, гранулез, акантоз*), нарушением дифференцировки клеток эпидермиса (*паракератоз, дискератоз*), нарушением эпидермальных связей (*акантолиз, баллонизирующая и вакуольная дистрофия, спонгиоз*). ГИПЕРКЕРАТОЗ – утолщение рогового слоя эпидермиса, являющееся следствием избыточного содержания кератина. Различают *пролиферационный* и *ретенционный* гиперкератоз.

ГРАНУЛЕЗ – утолщение зернистого слоя, в котором вместо 1–2 рядов клеток насчитывают 5 и более. Гранулез обычно сопровождает пролиферационный гиперкератоз.

АКАНТОЗ – утолщение шиповатого слоя в результате повышения скорости пролиферации (пролиферационный акантоз) кератиноцитов базального и супрабазальных слоев эпидермиса с повышением в них энергетического обмена и митотической активности

ПАРАКЕРАТОЗ – нарушение процесса ороговения с потерей способности клеток эпидермиса вырабатывать кератогиалин, в результате чего происходит неполное ороговение клеток эпидермиса. При этом в зоне рогового слоя (который должен быть компактным и безъядерным) располагаются рыхло лежащие клетки с палочковидными ядрами, не содержащие кератогиалина.

ДИСКЕРАТОЗ – преждевременное автономное ороговение отдельных кератиноцитов, которые становятся более крупными с интенсивно окрашенными ядрами и базофильной, слегка зернистой цитоплазмой. Они кажутся двухконтурными, лишены межклеточных связей, в результате чего хаотически расположены во всех слоях эпидермиса

АКАНТОЛИЗ – процесс утраты связи между кератиноцитами шиповатого слоя вследствие повреждения их десмосомо-тонофиламентных контактов. Это приводит к образованию внутриэпидермальных полостей (акантолитических пузырей), заполненных межклеточной жидкостью

СПОНГИОЗ – межклеточный отек в результате проникновения серозного экссудата из расширенных сосудов сосочкового слоя в эпидермис. При этом клетки раздвигаются,

их межклеточные связи напрягаются и рвутся (вторичная потеря связи между кератиноцитами) на ограниченных участках, отчего часть клеток погибает и образуются микрополости – спонгиозические пузырьки.

ВАКУОЛЬНАЯ ГИДРОПИЧЕСКАЯ ДИСТРОФИЯ характеризуется внутриклеточным отеком кератиноцитов с образованием в их цитоплазме вакуолей, что приводит в дальнейшем к гибели клетки.

БАЛЛОНИРУЮЩАЯ ДИСТРОФИЯ характеризуется резко выраженным отеком эпидермиса, имеющим как межклеточный, так и внутриклеточный характер.

Патологические процессы, протекающие в дерме, включают папилломатоз, нарушения микроциркуляции в коже, отек, отложения клеточных инфильтратов воспалительного или неопластического характера, дистрофию соединительной ткани, патологию придатков кожи и др.

ПАПИЛЛОМАТОЗ – удлинение, нередко с разветвлением, сосочков дермы, неравномерно приподнимающих над собой эпидермис.

НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КОЖИ – одно из самых частых явлений, сопровождающих любую воспалительную реакцию в коже. Наиболее сильная реакция сосудистого комплекса проявляется при ангиитах кожи и острых воспалительных процессах с отеком кожи (экзема и др.). Наблюдаются расширение сосудов, утолщение и повышение проницаемости их стенок, набухание эндотелия, что обычно сопровождается образованием периваскулярных клеточных инфильтратов из лимфоцитов, гистиоцитов, тканевых базофилов и других мононуклеарных элементов.

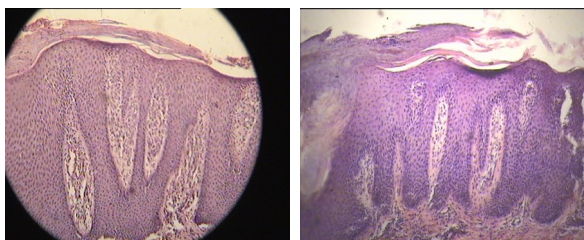
ДИСТРОФИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. Среди дистрофических процессов в дерме наибольшее значение имеют *мезенхимальные диспротеинозы*, при которых нарушается белковый обмен в соединительной ткани дермы и стенках сосудов. К мезенхимальным дистрофиям относятся мукоидное и фибриноидное изменения соединительной ткани.

Патологические процессы в эпидермисе и дерме

- Проллиферативные изменения – избыточное размножение клеток или разрастание слоев
- Атрофические процессы – уменьшение толщины эпидермиса за счет сокращения количества рядов всех или отдельных слоев
- Экссудативные изменения – спонгиоз, внутриклеточный отек, баллонизирующая дистрофия, анактоз, микроабсцесс в эпидермисе
- Дистрофические изменения – белквая, амилоидная, липоидная и кальциевая дистрофия.
- Патологические расстройства пигментации – отложение меланина, гемосидерина и каротина в коже.

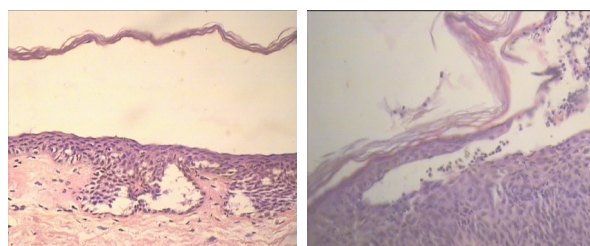
Патологические процессы в эпидермисе и дерме

Экссудативные изменения

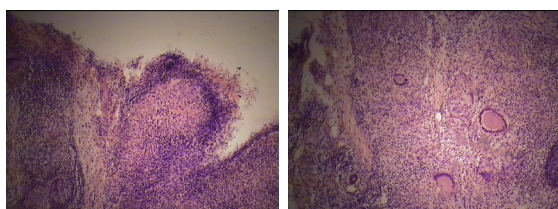


Патологические процессы в эпидермисе и дерме

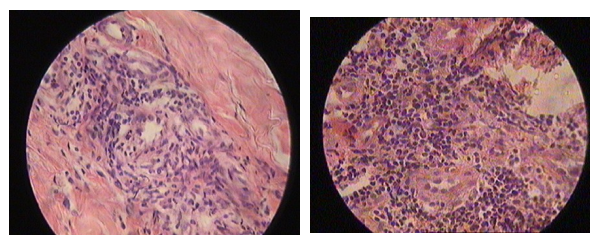
Экссудативные изменения



Воспалительные изменения в дерме (гранулематозное воспаление)



Воспалительные изменения в дерме (острое воспаление)



5.3. Самостоятельная работа по теме:

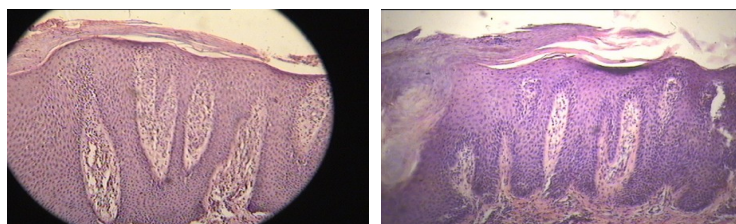
1. Работа с наглядным материалом (гистологические препараты).

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1.

Патологические процессы в эпидермисе и дерме

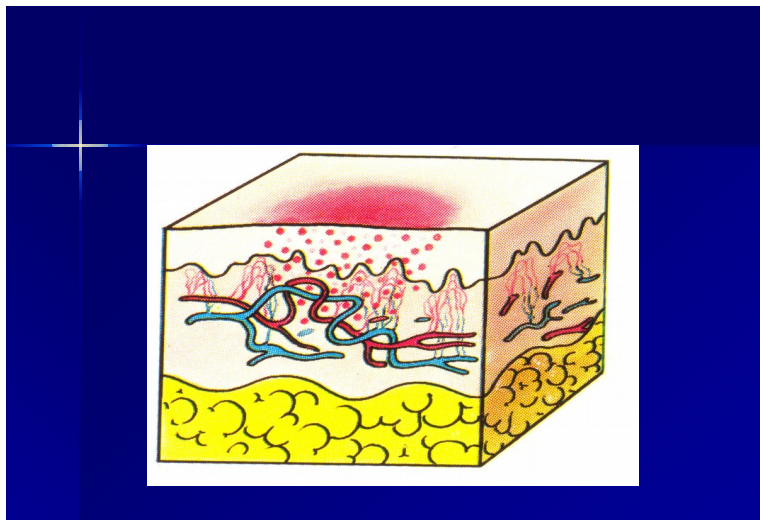
Экссудативные изменения



1. Какие патологические процессы вы видите в эпидермисе?

2. Для каких заболеваний характерны такие патогистологические изменения?
3. Какие первичные морфологические элементы сыпи вы знаете?
4. Перечислите слои эпидермиса.
5. Выпишите рецепт салициловой мази.

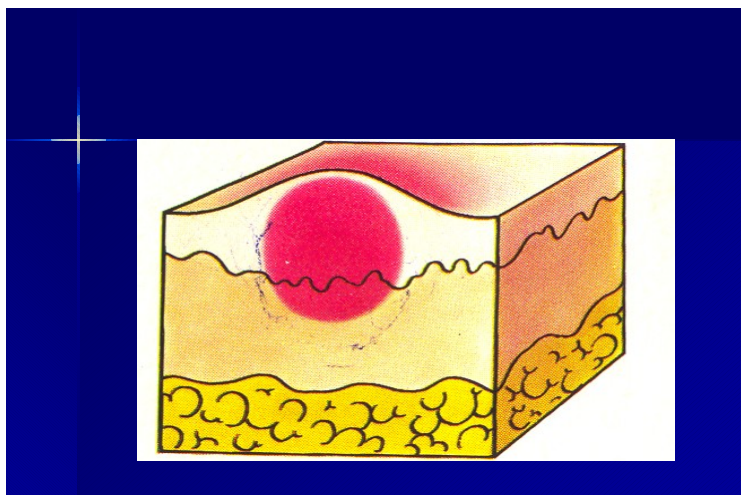
Задача №2.



Вопросы:

1. Какой морфологический элемент представлен на рисунке?
2. Какие патогенетические процессы участвуют в формировании этого морфологического элемента?
3. Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах кожи.
4. Какие вторичные морфологические элементы сыпи вы знаете?
5. Выпишите рецепт антигистаминного препарата.

Задача №3.



Вопросы:

1. Какой морфологический элемент представлен на рисунке?
2. Какие пути образования морфологического элемента?
3. Для каких заболеваний характерен этот морфологический элемент?
4. Какие бесполостные первичные морфологические элементы сыпи вы знаете?
5. Выпишите рецепт антисептического препарата.

Задача №4

На прием к дерматологу обратился больной 40 лет с жалобами на высыпания, локализующиеся на коже рук, груди и спины.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 4-х дней. Начало заболевания больной ни с чем не связывает.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь II степени, риск 2

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже верхних конечностей, груди и спины. Высыпания представлены полостными элементами, содержащими прозрачную жидкость, покрышка элементов дряблая, тонкая, диаметр высыпаний от 0,5 см до 1 см. Элементы расположены на видимо неизменной коже. На груди эрозии размером 1,5×2,0 см, покрытые серозными корочками.

При цитологическом исследовании мазков-отпечатков были обнаружены акантолитические клетки. При гистологическом исследовании в шиповатом слое - явления акантолиза.

1. Назовите первичные и вторичные морфологические элементы сыпи, имеющиеся у данного больного. Дайте им определение.

2. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?

3. Что такое «акантолиз»?

4. Какие первичные морфологические элементы сыпи вы знаете?

5. Выпишите рецепт салициловой мази.

Задача №5

На прием к дерматологу обратилась больная 20 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, сопровождались 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?

4. Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах кожи.

5. Перечислите слои эпидермиса.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Общие патологические процессы в эпидермисе и дерме.

2. Патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов

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

1. Общие патологические процессы в эпидермисе.

2. Общие патологические процессы в дерме.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №5

ТЕМА: «Основы диагностики кожных болезней»

Индекс темы ОД.О.01.1.1.5

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №5

Тема «Основы диагностики кожных болезней»

2. **Форма организации занятия:** клиническое практическое занятие.

3. **Значение изучения темы.**

Знание основ диагностики кожных болезней необходимо врачу для правильной и своевременной постановки диагноза, и назначения лечения.

4. **Цели обучения:**

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

-готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

-готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

-готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

-готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

- учебная: изучить общеврачебные и специальные методы обследования больных заболеваниями и инфекциями, передаваемые половым путем.

- **знать:**

- правила сбора анамнеза у больного кожным и венерическим заболеванием
- правила осмотра больного кожным и венерическим заболеванием
- общие и специальные методы исследования в дерматовенерологии.

- **уметь:**

- уметь собрать анамнез у дерматологического больного;
- уметь оценить общее состояние, состояние кожных покровов;
- уметь описать локальный статус
- уметь интерпретировать лабораторные методы исследования.

- **владеть:**

- методами постановки и оценки кожных проб
- специальными методами обследования в дерматологии (поскабливание (граттаж), пальпация, диаскопия, определение изоморфной реакции, характер дермографизма, мышечно-волосковый рефлекс.

5. **План изучения темы:**

5.1. **Контроль исходного уровня знаний.**

Выберите один правильный ответ.

1. К ОСЛОЖНЕНИЮ, НАБЛЮДАЮЩЕМУСЯ ПРИ НАРУЖНОМ ПРИМЕНЕНИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ГОРМОНОВ, ОТНОСИТСЯ (ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- 1) атрофия кожи
- 2) гипертрофия эпидермиса
- 3) келлоидный рубец
- 4) гиперкератоз
- 5) выпадение пушковых волос

2. В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ КОЖНОГО ЗУДА НЕ УЧАСТВУЮТ (УК-1, ПК-6)

- 1) пруритогенные киназы
- 2) гистамин
- 3) серотонин
- 4) брадикинин
- 5) фракция C5 комплемента

3. БЕЛЫЙ ДЕРМОГРАФИЗМ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО (УК-1, ПК-6)

- 1) при крапивнице
- 2) при аллергическом дерматите
- 3) при экземе
- 4) при кожном зуде
- 5) при атопическом дерматите

4. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЖНЫХ ПРОБ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА (ПК-6):

- 1) истинной экземы
- 2) микробной экземе
- 3) профессиональной экземы
- 4) псориаза
- 5) красного плоского лишая

5. ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ (УК-1, ПК-6):

- 1) чешуйка
- 2) рубец
- 3) папула
- 4) язва
- 5) эрозия

6. К ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ ОТНОСИТСЯ (УК-1, ПК-6)

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

7. ПОЯВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЭЛЕМЕНТА ПУЗЫРЬКА ОБУСЛОВЛЕНО (УК-1, ПК-6):

- 1) гиперкератозом

- 2) спонгиозом
- 3) акантозом
- 4) акантолизом
- 5) паракератозом

8. ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ (УК-1, ПК-6):

- 1) чешуйка
- 2) рубец
- 3) папула
- 4) язва
- 5) эрозия

9. К ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ СЫПИ ОТНОСИТСЯ (УК-1, ПК-6):

- 1) лихенификация
- 2) корка
- 3) чешуйка
- 4) язва
- 5) узелок

10. ОБРАЗОВАНИЕ ВОЛДЫРЯ ОБУСЛОВЛЕНО (УК-1, ПК-6):

- 1) инфильтрацией подкожной клетчатки
- 2) отеком сосочкового слоя дермы
- 3) акантолизом
- 4) акантозом
- 5) папилломатозом

11. МОНОМОРФНЫЕ ПАПУЛЕЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ (УК-1, ПК-6) НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ:

- 1) псориазе
- 2) герпетиформном дерматите Дюринга
- 3) истинной пузырчатке
- 4) экземе
- 5) везикулопустулезе

12. К ПЕРВИЧНЫМ ПОЛОСТНЫМ ЭЛЕМЕНТАМ СЫПИ ОТНОСИТСЯ (УК-1, ПК-6):

- 1) пузырь
- 2) волдырь
- 3) пятно
- 4) узел
- 5) бугорок

13. ПУСТУЛА (УК-1, ПК-6):

- 1) вторичный морфологический элемент
- 2) характерна для пиодермии
- 3) характерна для крапивницы

- 4) бесполостной морфологический элемент
- 5) характерна для лепры

14. ШЕЛУШЕНИЕ ВОЗМОЖНО ПРИ ЭВОЛЮЦИИ (УК-1, ПК-6):

- 1) бугорка
- 2) волдыря
- 3) папулы
- 4) рубца
- 5) узла

15. ВТОРИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ СЫПИ (УК-1, ПК-6):

- 1) чешуйка
- 2) папула
- 3) пузырь
- 4) пятно
- 5) бугорок

5.2. Основные понятия и положения темы.

Диагностика болезней кожи и ее придатков (дерматозов) основывается на изучении анамнеза заболевания, тщательном осмотре кожи и видимых слизистых оболочек пациента, а также на результатах дополнительных клинических и лабораторных исследований.

При расспросе пациента выясняют сроки возникновения изменений на коже, периодичность их появления, сезонность заболевания, причины обострения (при хронических дерматозах), предшествующую терапию, наследственный анамнез и другие сведения.

Лабораторные исследования включают микробиологическое и микологическое исследования, аллергические кожные пробы, цитологические и иммунологические методы.

При анализе состояния непораженной кожи обращают внимание на ее цвет, рисунок, тургор, эластичность, влажность и выраженность самоотделения, а также на состояние придатков – волос и ногтей.

Оценивая состояние волос, обращают внимание на тип их роста (по мужскому и женскому типу), количество, прочность, блеск. Рост волос по мужскому типу у женщины, а также слабая выраженность роста волос по мужскому типу у мужчины свидетельствуют о наличии у них эндокринных нарушений. Состояние ногтевых пластинок оценивается по их форме, состоянию поверхности, цвету, толщине, прочности. В норме они гладкие, блестящие и имеют равномерную розовую окраску.

При диагностике заболеваний кожи врач должен последовательно оценить размеры, консистенцию, подвижность, чувствительность всех доступных пальпации подкожных периферических лимфатических узлов (затылочных, заднешейных, переднешейных, подключичных, подмышечных, кубитальных, паховых, бедренных, подколенных и др.).

При оценке пораженной кожи врач определяет морфологию высыпаний (первичные, вторичные, патологические состояния кожи), а также их рас-пространенность или ограниченность, локализацию, симметричность, асимметричность или линейность

(например, по ходу нерва или сосуда), особенности взаимного расположения (рассеянное, сгруппированное, сливное).

Локальный статус

1. Процесс распространенный, ограниченный
2. Точная анатомическая локализация на коже и слизистых
3. Первичный элемент сыпи
4. Описание цвета, размера, симметричности, склонности к слиянию, характера элементов сыпи
5. Эволюция элементов сыпи
6. Вторичные элементы сыпи
7. Характерные симптомы и синдромы дерматоза

Специальные методы в дерматологии

1. Поскабливание (граттаж)
2. Пальпация
3. Диаскопия (витопрессия)
4. Определение изоморфной реакции
5. Характер дермографизма
6. Мышечно-волосковый рефлекс
7. Кожные пробы
8. Прочие методы и пробы

Лабораторные методы

1. Общие лабораторные методы
2. Специальные лабораторные методы (микроскопические, серологические, гистологические, гистохимические, иммуногистохимические, культуральная диагностика, люминисцентная диагностика, ДНК-полимеразная диагностика).

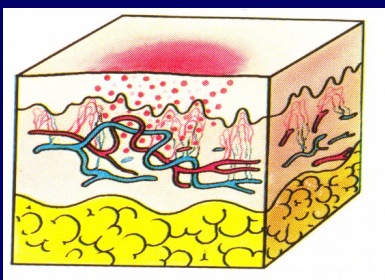
Аллергологические пробы и тесты

1. внутрикожные
2. капельные
3. компрессионные
4. скарификационные
5. биологические пробы

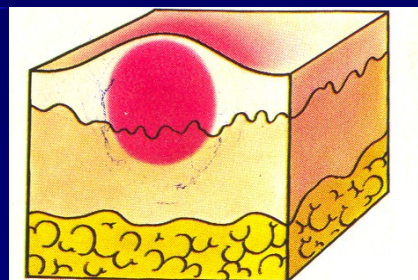
Первичные морфологические элементы:

- пятно
- узелок
- узел
- пузырь
- пузырек
- гнойничок
- волдырь
- бугорок

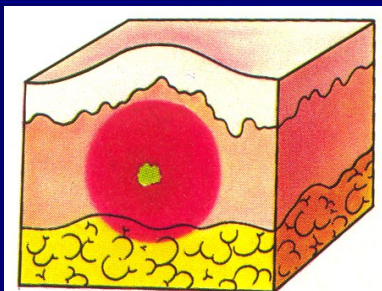
Пятно (схема)



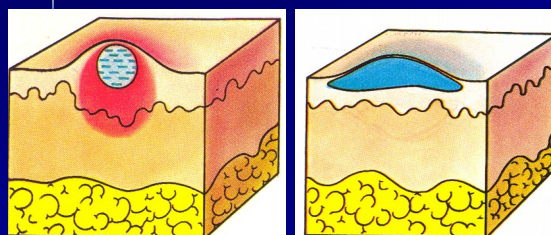
Узелок (схема)



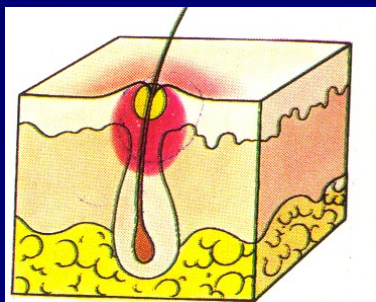
Бугорок (tuberculum)



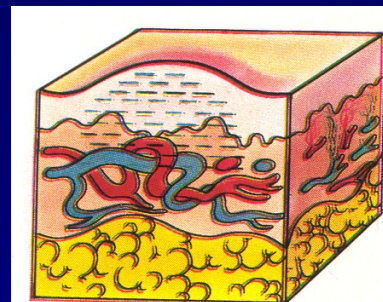
**Пузырек
Пузырь (больше 0,5 см)**



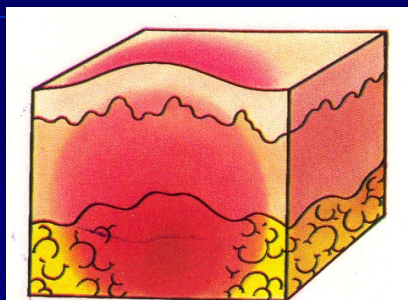
Гнойничок (pustula)



Волдырь (urtica)



Узел (nodus)



**Вторичные
морфологические элементы**

- Вторичное пятно
- Чешуйка
- Эрозия
- Язва
- Ссадина
- Корка
- Рубец
- Vegetация
- Трещина
- Лихенификация

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Специальные методы исследования в дерматологии.
2. Интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача № 1.

На прием к дерматологу обратился больной 20 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.
3. Методика взятия материала для выявления чесоточного клеща.
4. Правила постановки и оценки кожных проб.
5. Выпишите рецепт присыпки.

Задача № 2.

На прием к дерматовенерологу обратился больной 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.
5. Выпишите рецепт водно-взбалтываемой взвеси (болтушки).

Задача № 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. Перечислите показания для назначения примочек.
4. Методика постановки кожных проб.
5. Выпишите рецепт на антисептический препарат.

Задача № 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?
4. Выпишите рецепт цинковой пасты.
5. Перечислите последовательность применения и смены лекарственных форм в зависимости от остроты и динамики кожного процесса.

Задача №5.

На прием к дерматологу обратилась больная 20 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, сопровождались 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?
4. Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах кожи.
5. Перечислите слои эпидермиса.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Сбор анамнеза у дерматологического больного.
2. Оценка общего состояния, состояния кожных покровов.
3. Описание локального статуса.
4. Специальные методы диагностики в дерматологии.
5. Интерпретация лабораторных методов исследования.

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

1. Алгоритм обследования дерматологических больных
2. Основные принципы дифференциальной диагностики кожных заболеваний.
3. Клинические симптомы в дерматологии

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Практические умения методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями передаваемыми половым путем	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017.		
3.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
4.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №6
ТЕМА: «Принципы общего лечения кожных болезней»**

Индекс темы ОД.О.01.1.1.6

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №6

Тема: «Принципы общего лечения кожных болезней»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание основных принципов общей терапии кожных болезней, воздействия физических, климатических факторов необходимо врачу - дерматовенерологу для назначения рационального и патогенетически обоснованного лечения дерматологическому больному.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

-готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

-готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

-готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

-готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

-учебная: научить составлять индивидуальный алгоритм ведения и лечения дерматологических больных.

- **знать:**

- принципы и методы общего лечения больных дерматозами
- различные физиотерапевтические методы, применяемые в лечении дерматозов.
- принципы и методы патогенетического лечения больных дерматозами.

- **уметь:**

- ознакомиться с лечебными средствами и формами их применения в дерматологической практике
- уметь выписывать рецепты основных лекарственных форм, применяемых в дерматологической практике

- **владеть:**

- методиками и инструктивными указаниями по лечению кожных болезней

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ГИПОАЛЛЕРГЕННУЮ ДИЕТУ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНЫМ (УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9):

- 1) с псориазом
- 2) с буллезными дерматозами
- 3) со склеродермией
- 4) с экземой, атопическим дерматитом
- 5) с нейрофиброматозом

2. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТИТОМ ДЮРИНГА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ (УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9):

- 1) исключение из рациона продуктов, приготовленных из злаков
- 2) ограничение углеводов
- 3) ограничение белков
- 4) ограничение поваренной соли
- 5) снижение калорийности пищевого рациона

3. ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ (ПК-6, ПК-8, ПК-9):

- 1) тиосульфат натрия
- 2) пантотеновая кислота
- 3) аскорбиновая кислота
- 4) сернокислая магнезия
- 5) тиосульфат натрия, пантотеновая, аскорбиновая кислота, сернокислая магнезия

4. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ ИСКЛЮЧАЕТ ОБОГАЩЕНИЕ (ПК-6, ПК-8, ПК-9):

- 1) животными белками
- 2) продуктами, содержащими соли калия
- 3) продуктами, содержащими соли кальция
- 4) углеводами и жирами
- 5) продуктами, содержащими соли кальция, углеводами и жирами

5. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПИОДЕРМИЕЙ НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ (ПК-6, ПК-8, ПК-9):

- 1) ограничение углеводов
- 2) ограничение животных жиров
- 3) ограничение белков
- 4) увеличение белков
- 5) увеличение витаминов

6. ОСЛОЖНЕНИЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ГОРМОНОВ (УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9):

- 1) атрофия кожи

- 2) пиодермия
- 3) келоидный рубец
- 4) гиперкератоз
- 5) атрофия кожи, пиодермия

7. ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА С ИГРАЕТ ОПРЕДЕЛЯЮЩУЮ РОЛЬ ПРИ (ПК-6, ПК-8, ПК-9):

- 1) болезни бери-бери
- 2) пеллагре
- 3) цинге
- 4) макрохейлите
- 5) рахите

8. К СОСТОЯНИЯМ, КОТОРЫЕ ПРИВОДЯТ К ДЕФИЦИТУ ВИТАМИНА Д, ОТНОСЯТСЯ (ПК-6, ПК-8, ПК-9):

- 1) недостаточное облучение кожи УФ -лучами спектра В
- 2) недостаточное поступление предшественников витамина Д в организм
- 3) тяжелый физический труд
- 4) нервно-психическое перенапряжение
- 5) недостаточное облучение кожи УФ -лучами, недостаточное поступление витамина Д, тяжелый физический труд, нервно-психическое перенапряжение

9. ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ (УК-1, ПК-6, ПК-8 ,ПК-9):

- 1) антигистаминные средства
- 2) стабилизаторы мембран тучных клеток
- 3) глюкокортикоиды
- 4) нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС)
- 5) антигистаминные средства, стабилизаторы мембран тучных клеток, глюкокортикоиды, НПВС

10. МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОЖНЫХ БОЛЬНЫХ (ПК-8):

- 1) светолечение
- 2) ультразвуковая терапия
- 3) магнитотерапия
- 4) светолечение, ультразвуковая терапия
- 5) светолечение, ультразвуковая терапия, магнитотерапия

5.2. Основные понятия и положения темы.

В настоящее время для общего лечения дерматозов наиболее часто применяют следующие группы медикаментов: противомикробные, противогрибковые и противовирусные средства, глюкокортикостероиды, антигистаминные препараты, ретиноиды, цитостатические и иммуносупрессивные препараты. Помимо лекарственных препаратов в комплекс лечебных мероприятий входят физиотерапевтические процедуры, лечебное питание, психотерапевтическое воздействие, санаторно-курортное лечение и др. Из физических методов общего и наружного воздействия применяют светолечение

(облучение ультрафиолетовыми лучами, ПУВА-терапию), лазеротерапию слабоэнергетическим и высокоэнергетическим лазером, электротерапию, гальванический и диадинамический токи, УВЧ, диатермию, токи дарсонваля и др.

Для лечения кожных заболеваний применяется:

- Общая терапия
- Местное (наружное) лечение

Основные группы фармакологических средств, применяемые для общей терапии кожных болезней:

- Антигистаминные средства
- Стабилизаторы мембран тучных клеток
- Глюкокортикоиды
- Нестероидные противовоспалительные

Основные группы фармакологических средств, применяемые для общей терапии кожных болезней:

- Медленно действующие противовоспалительные средства
- Цитостатики
- Иммунодепрессанты и иммуностимуляторы
- Противовирусные средства
- Противогрибковые средства
- Антибиотики и сульфаниламиды
- Антисептики
- Противопаразитарные средства
- Витамины
- Ретиноиды
- Фотозащитные средства

Физические методы

1. светолечение
2. ультразвуковая терапия
3. магнитотерапия
4. электротерапия
5. криотерапия
6. оксигенотерапия
7. бальнеолечение
8. грязелечение
9. нафталоление
10. климатолечение

Курортотерапия

Рекомендовано местные курорты. Учум, Шира, оз. Плахино

Рациональной терапия может быть лишь после установления окончательного диагноза дерматоза. Однако кожные заболевания в большей или меньшей степени всегда связаны с общими изменениями, происходящими в организме. Поэтому при лечении многих

болезней кожи нельзя ограничиваться только наружной (местной) терапией, необходимо также применять и средства общего воздействия.

Наиболее важным является лечение, направленное на устранение причины заболевания (*этиологическое лечение*). В то же время существует большая группа дерматозов, этиология которых остается неизвестной, но изучен их патогенез. В этих случаях положительный терапевтический эффект достигается устранением или ослаблением известных патогенетических факторов, предрасполагающих к заболеванию, и воздействием на механизмы его развития (*патогенетическое лечение*).

В ряде случаев применяют также средства, уменьшающие проявления ведущего симптома заболевания – зуда, боли, жжения и т. д. (*симптоматическое лечение*). Оптимальным является комплексное индивидуализированное лечение, предусматривающее воздействие на этиологию, патогенез и основные симптомы заболевания.

Антибактериальные средства

Разные антибактериальные средства широко применяют при лечении инфекционных кожных и венерических заболеваний. С учетом спектра воздействия на разные патогенные микроорганизмы применяют антибиотики, фторхинолоны и сульфаниламидные препараты.

Противотуберкулезным действием обладают рифампицин, стрептомицин и дегидрострептомицин.

Фторхинолоны. К этому классу противомикробных препаратов относятся ломефлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, ципрофлоксацин и др. Число средств этого класса быстро увеличивается. Они обладают широким противомикробным спектром с воздействием на хламидии, микоплазмы, боррелии и риккетсии. Преимущественное воздействие фторхинолоны оказывают на грамотрицательные микроорганизмы. Следует учитывать фотосенсибилизирующее действие на организм многих препаратов этого класса.

При инфекции кожи, вызванной неотрицательной и анаэробной микробной флорой, применяют *метронидазол (трихопол)*. Этот же препарат назначают при лечении розацеа и лейшманиоза кожи.

Противогрибковые средства

Фунгицидным действием обладают производные триазола (итраконазол и флуконазол) и аллиламина (тербинафин). Широко применяется в лечении дерматофитий *итраконазол (орунгал)*. Препарат накапливается в роговом слое кожи, имеет широкий спектр противогрибкового действия. Помимо дерматофитов он подавляет рост плесневых и дрожжеподобных грибов рода *Candida*, возбудителей ряда глубоких микозов (хромомикоза, гистоплазмоза, споротрихоза, бластомикоза и др.).

Противовирусные средства

Наибольшее распространение в дерматологии получили химиопрепараты, являющиеся производными аномальных нуклеозидов и оказывающие вирусостатическое и вирусоицидное действие на возбудителей простого и опоясывающего герпеса. К ним относятся *ацикловир, валацикловир* и *фамцикловир*.

Глюкокортикостероиды

В настоящее время в дерматологии применяют синтетические аналоги гормонов коры надпочечников (кортизона и гидрокортизона): *преднизолон, метилпреднизолон,*

триамцинолон, дексаметазон и др. Они оказывают выраженное противовоспалительное, иммуносупрессивное и противоаллергическое, а также антипролиферативное действие на организм. Сильное противовоспалительное действие глюкокортикостероидов почти универсально; они подавляют воспаление, обусловленное аллергическими (иммунологическими) реакциями, а также вызванное инфекционными, физическими или химическими факторами.

Антигистаминные средства

В дерматологии применяют преимущественно антагонисты H₁-гистаминовых рецепторов, или так называемые H₁-блокаторы. Они имеют структурное сходство с гистамином, что делает возможным конкурентно замещающее их действие на рецепторы. Принципиально различают классические (1 поколение) антагонисты H₁-гистаминовых рецепторов и II поколение подобных препаратов, не обладающих седативным действием.

Классические антигистаминные препараты отличаются высокой липофильностью, вследствие чего они легко проникают через гематоэнцефалический барьер и оказывают нежелательное действие на центральную нервную систему (сонливость, снижение памяти, замедленность реакций и т. д.). К ним относятся димедрол (дифенингидамин), диазолин (мебгидролин), супрастин (хлоропирамин), пипольфен (прометазин), тавегил (клемастин), фенистил (диметинден).

Ретиноиды

Ретиноиды представляют собой синтетические аналоги витамина А – ретиноевой кислоты (третиноина). Отдельные препараты этой группы нашли применение исключительно в дерматологии. В лечебную практику прочно вошли *изотретиноин (роаккутан)* при лечении тяжелых форм вульгарных и розовых угрей, а также *ацитретин (неотигазон)* при тяжелых формах псориаза и других нарушениях ороговения.

Цитостатики и иммунодепрессанты

Цитостатики в зависимости от места приложения действия могут либо селективно блокировать отдельные фазы клеточного цикла, либо нарушать метаболизм клетки независимо от фазы цикла. Недостатком всех подобных препаратов является их токсичность и для здоровых клеток организма, в особенности для быстро пролиферирующих тканей (костного мозга, эпителия тонкого кишечника, матрикса волос и канальцев яичек).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Работа с фармацевтическими справочниками.
2. Выписка рецептов.
3. Заслушивание рефератов.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача № 1

На прием к дерматовенерологу обратился больной 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.
5. Выпишите рецепт водно-взбалтываемой взвеси (болтушки).

Задача №2

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?
4. Выпишите рецепт цинковой пасты.
5. Перечислите последовательность применения и смены лекарственных форм в зависимости от остроты и динамики кожного процесса.

Задача №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. Перечислите показания для назначения примочек.
4. Методика постановки кожных проб.
5. Выпишите рецепт на антисептический препарат.

Задача №4

На прием к дерматологу обратился больной 20 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.
3. Методика взятия материала для выявления чесоточного клеща.
4. Правила постановки и оценки кожных проб.
5. Выпишите рецепт присыпки.

Задача №5

На прием к дерматологу обратилась больная 20 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, сопровождались 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?
4. Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах кожи.
5. Перечислите слои эпидермиса.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Основные лечебные средства и формы их применения в дерматологической практике
2. Основные физиотерапевтические методы, применяемые в лечении дерматозов.
3. Принципы и методы патогенетического лечения больных дерматозами.

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

1. Принципы и методы общей терапии больных дерматозами
2. Лечебные средства и формы их применения в дерматологической практике
3. Физиотерапевтические методы в лечении дерматозов.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами
---	--

	ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

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

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

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №7

ТЕМА: «Принципы наружного лечения кожных болезней»

Индекс темы ОД.О.01.1.1.7

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №7

Тема: «Принципы наружного лечения кожных болезней»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание основных принципов местного лечения кожных болезней, основных лекарственных форм для наружного применения необходимо врачу - дерматовенерологу для назначения рационального и патогенетически обоснованного лечения при кожных заболеваниях.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

-готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

-готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

-готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

-готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

-учебная: научиться проводить наружное лечение больным кожными заболеваниями

- знать:

- принципы и методы наружного лечения больных дерматозами
- ознакомиться с лечебными средствами для наружного лечения и формами их применения в дерматологической практике

- уметь:

- выписывать рецепты основных лекарственных форм, применяемых в дерматологической практике.
- применять примочки и влажно-высыхающие повязки при островоспалительных процессах.

- владеть:

- методами постановки кожных проб
- методикой постановки фармакологических проб

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1.Какая область менее восприимчива к воздействию лекарственных веществ? (УК-1, ПК-6, ПК-8)

- а) кожа лица, шеи
- б) паховая область, половые органы
- в) кожа живота
- г) подмышечные области
- д) кожа спины, волосистой части головы, разгибательной поверхности конечностей.

2. Какие вещества плохо всасываются кожей? (УК-1, ПК-6, ПК-8)

- а) ланолин, свиной очищенный жир
- б) подсолнечное масло
- в) касторовое масло
- г) вазелин, твердый парафин.
- д) глицерин.

3. Жидкая лекарственная форма, получаемая путем растворения твердого лекарственного вещества или жидкости. (УК-1, ПК-6, ПК-8)

- а) компрессы
- б) растворы
- в) пасты
- г) крема
- д) суспензии

4. Последовательность применения лекарственных форм при остром воспалении с мокнутием. (УК-1, ПК-6)

- а) кремы, пасты, присыпки, мази.
- б) мази согревающие компрессы.
- в) мази крема с кератолитическими свойствами.
- г) мази крема с биологическими добавками витаминами.
- д) примочки, аэрозоли, влажно-высыхающие повязки.

5.Через какое время оценивается фармакологическая кожная проба? (УК-1, ПК-6)

- а) 15-20 минут
- б) 30 минут
- в) 40 минут
- г) 60 минут.
- д) 2 часа.

6.Основные вяжущие вещества: (УК-1, ПК-6, ПК-8)

- а) анин, Бурова жидкость, дерматол, цинка окись.
- б) анестезин, ментол, нашатырный спирт, деготь.
- в) ихтиол, деготь, нафталанская нефть рафинированная
- г) салициловая кислота, молочная кислота, мочевины.

д) анилиновые красители

7. Лекарственная форма топических глюкокортикостероидов с наибольшей степенью проникновения в кожу. (ПК-6, ПК-8)

а) эмульсия (лосьон)

б) крем

в) жирная мазь

г) мазь

д) раствор

8. Системный побочный эффект наружной ГКС-терапии(УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

а) фолликулит,

б) гипопигментация

в) периоральный дерматит

г) гипертрихоз

д) Синдром Кушинга

9. Местный побочный эффект наружной ГКС-терапии(УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

а) задержка роста

б) катаракта

в) телеангиоэктазии

г) глаукома

д) артериальная гипертензия

10. Наружные препараты применяют вначале (ПК-6)

а) на ограниченном участке кожи

б) на лице

в) на волосистой части головы

г) нижней части живота

д) на коже туловища.

11. При выборе форм местного применения учитывают (ПК-6, ПК-8)

а) степень распространения процесса, его локализация, характер и глубина воспалительного процесса

б) стадия заболевания

в) анамнестические данные о переносимости различных видов и средств наружной терапии

г) степень распространения, локализация, характер и глубина воспалительного процесса, стадия заболевания, переносимость средств наружной терапии

д) степень распространения процесса, его локализация, характер и глубина воспалительного процесса, стадия заболевания

12. Основные лекарственные формы наружного применения (ПК-6, ПК-8)

а) примочки

б) присыпки

в) паста, мази, кремы

г) примочки, присыпки, паста, мази, кремы

д) примочки, присыпки

13. Масла, применяемые в дерматологии (ПК-6, ПК-8)

а) персиковое

б) льняное, подсолнечное

в) оливковое масло, рыбий жир

г) персиковое, льняное, подсолнечное, оливковое, рыбий жир

д) персиковое, льняное, подсолнечное

5.2. Основные понятия и положения темы.

Наружные лекарственные формы

Основные лекарственные формы для наружного применения:

- Примочки
- Влажно-высыхающие повязки
- Компрессы
- Ванны
- Присыпки
- Взбалтываемые смеси
- Паста
- Масла
- Мази
- Крема
- Пластыри
- Лаки
- Клей
- мыла

Примочки:

- Применяются для уменьшения мокнутия, отечности, ощущения жжения и зуда
- Должны быть холодными
- Их следует менять каждые 3-5 минут в течение часа или более по 2-3 раза в день

Растворы – жидкая лекарственная форма, которая получается при растворении твердых или жидких лекарственных веществ в растворителе. В качестве последнего чаще используют дистиллированную воду, реже – этиловый спирт. Водный раствор употребляют в форме смазывания, обтирания, примочек, влажно-высыхающих повязок. Спиртовые растворы дезинфицирующих и противозудных препаратов применяют для смазывания и обтираний.

Для примочек используют

- 1-2 % раствор резорцина
- 0,25 % раствор нитрата серебра
- Свинцовая вода
- 2% раствор борной кислоты

Влажно-высыхающие повязки

- При сильном мокнутии на поверхности кожи;

- значительным инфильтрат;
- при выраженных субъективных ощущениях (боль, жжение, зуд).

Компрессы

- Применяются в дерматологии редко
 - Предназначены для рассасывания кожных инфильтратов, уменьшение воспаления и защиты пораженных участков от внешних влияний
- Применяют спирт, жидкость Бурова, борную кислоту и др.

Присыпка (пудра). В качестве индифферентных присыпок используются химически нейтральные тонкодисперсные порошки минерального и растительного происхождения. Чаще всего используют минеральные порошкообразные вещества (окись цинка, тальк), а также растительные – различные крахмалы (пшеничный, картофельный)

Присыпки

- Используют для уменьшения острого воспаления при отсутствии мокнутия
- Применяют: окись цинка, тальк, крахмал и другие

Взбалтываемые взвеси («болтушки»). Эта лекарственная форма представляет собой суспензию индифферентных порошков в воде или масле. Показана при острых и подострых воспалительных процессах, не сопровождающихся мокнутием. *Водные взвеси («болтушки») предпочтительны при жирной коже, масляные – при сухой.*

Гель (желе). В дерматологии чаще применяются гидрогели, которые представляют собой коллоидную лекарственную форму. Гель имеет студенистую консистенцию, способную сохранять форму и обладающую эластичностью и пластичностью. По механизму действия гидрогели приближаются к болтушке, а по консистенции – к мази, свободной от жиров.

Паста. Эта лекарственная форма имеет тестообразную консистенцию и содержит 50% индифферентных порошков и 50% плотных жироподобных веществ или жира (вазелин, ланолин, свиное сало). Благодаря тому что паста по объему (соотношение по массе 1:1) содержит порошка больше, чем жира, она способствует испарению экссудата и охлаждению кожи, оказывая таким образом подсушивающее и противовоспалительное действие.

Аэрозоль. Эта лекарственная форма представляет собой дисперсионную систему, состоящую из газовой среды и жидких или твердых частиц во взвешенном состоянии. Аэрозоль находится под давлением в герметически закрытом баллоне с клапаном и распылителем.

Крем (эмульсионная мазь) – плотная или жидкая эмульсионная лекарственная форма, состоящая из жира или жироподобного вещества, смешанного с водой в соотношении 2 : 1 и менее. Применяются жидкие эмульсии типа «масло в воде» (где капли жира распределены в жидкости) и жирные кремы, или эмульсии типа «вода в масле», которые образуются в результате дисперсии воды в жировой среде.

Крем

- Отличается от мази содержанием воды в жировой основе;
- Жирный крем: «вода в масле» - частицы воды окружены маслом;
- Нежирный эмульсионный крем: «масло в воде» - частицы масла окружены водой

Мазь – наиболее часто употребляемая в дерматологии лекарственная форма, основу которой составляют жиры или жироподобные вещества. Традиционными жировыми основами являются вазелин, ланолин (жировое вещество из смыва овечьей шерсти), животные жиры, растительные и минеральные масла, гидрогенизированные масла и др.

Мази

- Наиболее часто употребляемая в дерматологии форма лекарственных средств;
- Мазь – это лекарственная форма, основой которой является жир или синтетическое жироподобное вещество

Лак – летучая вязкая жидкость, представляющая собой раствор пленкообразующих веществ в органических растворителях (этиловый спирт, ацетон, эфир, хлороформ, диметилсульфоксид).

Лаки

Используют в дерматологии в виде эластического коллодия с 10% касторовым или травацитином (каучук в хлороформе), в который вводят салициловую кислоту или салициловую и молочные .

Пластырь представляет собой густую, вязкую, липкую массу, получаемую сплавлением воска, канифоли, смол, ланолина и других веществ в разных соотношениях.

Пластырь

- Оказывает интенсивное рассасывающее действие в глубину
- Используют для лечения ограниченных ороговелостей, инфильтративных элементов, трофических язв.
- В основу пластыря входят: воск или канифоль;
- Применяют 1 раз в 2-3 дня

Масла

- Используют как в чистом виде, так и в качестве составной части масляной взбалтываемой смеси;
- В чистом виде употребляют для очистки пораженных участков кожи от вторичных наслоений, для удаления с кожи остатков применявшихся лекарственных веществ
- Применяют: персиковое, льняное, подсолнечное, оливковое масло, рыбий жир

Мыла (лечебные)

- Представляют собой соединения жиров со щелочами;
- Применяют в основном в косметологической практике.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

На прием к дерматологу обратилась женщина 35 лет с жалобами на высыпания на коже рук и туловища, сопровождающиеся умеренным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 2-х дней. Отмечала появление высыпаний на руках при использовании стирального порошка.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс симметричный, локализуется на коже тыльных поверхностей кистей, на предплечьях и туловище. 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. На предплечьях и коже туловища эритематозно-сквамозного характера элементы сыпи, единичные везикулы, эскориации.

Дерматолог диагностировал контактный аллергический дерматит.

1. Назначьте наружное лечение больной.
2. Перечислите показания к применению примочек.
3. Фармакодинамика примочек.
4. Какие препараты относятся к антисептическим.
5. Порядок смены лекарственных форм наружной терапии.

Задача №2

К дерматологу обратилась больная 38 лет с жалобами на высыпания на коже рук и красной каймы губ, в полости рта.

ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания пятен на коже рук заметила 2 дня назад после приёма сульфалена по поводу цистита. Затем появились болезненные высыпания в полости рта и на красной кайме губ.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже тыльной поверхности кистей синюшно-красного цвета папулы, несколько возвышающиеся по периферии, диаметром от 2 до 3см. В центре папул пузырь с серозно-геморрагическим содержимым. В полости рта на слизистой щек ярко-красные эрозии размером с крупную горошину. На красной кайме губ геморрагические корки. Симптом Никольского отрицательный.

Дерматолог диагностировал многоформную экссудативную эритему.

1. Что необходимо учитывать при назначении адекватных средств наружной терапии?
2. Последовательность применения и смена лекарственных форм наружной терапии.
3. Показания к назначению примочек и водно – взбалтываемых смесей.
4. Выпишите рецепт антисептического препарата.
5. При каких состояниях кожи назначаются наружные вяжущие средства?

Задача №3

Больной 40 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 20 лет. Начало заболевания связывает со стрессовой ситуацией. Первые элементы возникли на коже волосистой части головы, сопровождались 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 на работе. 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. Перечислите показания к назначению мазевой терапии.
4. Что необходимо учитывать при назначении наружной терапии дерматологическому больному?
5. Какие методы обследования дерматологического больного вы знаете?

Задача №4

На прием к дерматологу обратился больной 67 лет с жалобами на высыпания на коже туловища, рук и ног, сопровождающиеся умеренным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болеет около трех лет. Лечился амбулаторно у дерматолога. Получал наружную мазевую терапию.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуясь на коже туловища, верхних и нижних конечностей, лица. Симметричный. На фоне разлитой эритемы множественные везикулы, эрозии, очаги мокнутия, серозные корки. Лицо отечно, гиперемировано. Кожа тыла кистей лихенифицирована, покрыта пластинчатыми чешуйками, отмечаются поверхностные трещины.

1. Показания к применению водно – взбалтываемых смесей.
2. Фармакодинамика паст.
3. Выпишите рецепт наружного антипаразитарного средства.
4. Абсолютные противопоказания к применению наружных глюкокортикоидных средств.
5. Общие правила назначения наружных ГКС.

Задача №5

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

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

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

1. Показания к применению наружных противозудных средств.
2. Общие правила назначения наружных глюкокортикоидных средств.
3. На что должен быть ориентирован врач при назначении ГКС?
4. Фармакодинамика мазей.
5. Выпишите рецепт цинковой пасты.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Принципы и методы наружного лечения больных дерматозами.
2. Основные лечебные средства для наружного лечения и формы их применения в дерматологической практике.

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

1. Принципы и методы наружного лечения больных дерматозами.
2. Лечебные средства для наружного лечения и формы их применения в дерматологической практике.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		

Электронные ресурсы

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

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

Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №8

ТЕМА: «Пиодермии»

Индекс темы ОД.О.01.1.1.8

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №8

Тема: «Пиодермии»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики пиодермий необходимы дерматологам в их повседневной работе, учитывая очень большую распространенность данных заболеваний.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):
 - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
 - готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: подготовить специалистов по диагностике, лечению и профилактике пиодермитов.

- **знать:**
 - этиологию и эпидемиологию пиодермий ;
 - классификацию пиодермий
 - особенности клинических проявлений и течения пиодермий ;

- **уметь:**
 - составлять алгоритм обследования и лечения больных страдающих пиодермиями ;
 - исследовать содержимое пузырей, пузырьков и пустул.
 - определять чувствительность больного к антибиотикам.
 - проводить эпиляцию при вульгарном сикозе.

- **владеть:**
 - диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание;

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. Фурункул Носогубного треугольника опасен (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9):

- 1) развитием рожистого воспаления лица
- 2) развитием флегмоны шеи
- 3) развитием заглочного абсцесса
- 4) развитием тромбоза кавернозного синуса
- 5) развитием флегмоны дна полости рта

2. Основное клиническое различие между фурункулом и фурункулезом (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

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

3. При подозрении на шанкриформную пиодермию необходимо провести исследование (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9):

- 1) на бледную трепонему серозного отделяемого с поверхности язвы
- 2) реакцию Греггера
- 3) реакцию Манту
- 4) пробу Бальзера
- 5) пробу Ядассона

4. Язва при шанкриформной пиодермии (УК-1, ПК-6):

- 1) правильных округлых или овальных очертаний
- 2) неправильных очертаний
- 3) дно неровное, бугристое
- 4) сопровождается болезненностью
- 5) в основании отсутствует уплотнение

5. При шанкриформной пиодермии регионарные лимфатические узлы (УК-1, ПК-6):

- 1) не спаяны между собой и с окружающей кожей
- 2) спаяны между собой и с окружающей кожей
- 3) болезненные
- 4) нагнаиваются
- 5) мягкой консистенции

6. При шанкриформной пиодермии, пока не исключен диагноз сифилиса, назначаются (ПК-5, ПК-6):

- 1) антибиотики
- 2) повязки с физиологическим раствором
- 3) сульфаниламиды
- 4) мази с антибиотиками

5) противовирусные мази

7. При вульгарной эктине больному назначаются (ПК-5, ПК-6):

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

8. Поверхностная форма стафилодермии (ПК-5)

- 1) вульгарный сикоз
- 2) фурункул
- 3) гидраденит
- 4) карбункул

9. При множественных абсцессах у детей назначаются (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9):

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

10. При эпидемической пузырчатке новорожденных основным лечением являются (ПК-6):

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

5.2. Основные понятия и положения темы.

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

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

ЭТИОЛОГИЯ	
СТАФИЛОКОККИ (белый, лимонно-желтый, золотистый, гемолитический)	СТРЕПТОКОККИ (зеленящий, гемолитический, негемолитический, слизистый)

ТОКСИНЫ: Летальный Некротический Гемолитический Лейкоцидин Энтеротоксин Нейро- и эритрогенный	ФЕРМЕНТЫ: Гиалуронидаза Коагулаза Лецитиназа Фибринолизин Пенициллиназа Протеиназа Дезоксирибонуклеаза	ТОКСИНЫ Летальный Некротический Энтеротоксин Гемолитический	ФЕРМЕНТЫ Гиалуронидаза Коагулаза S,O,G и др. стрептолизины Лецитиназа
---	--	--	---

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

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

КЛАССИФИКАЦИЯ:

По этиологическому агенту:

1. стафилодермии,
2. стрептодермии,
3. стрептостафилодермии.

По течению:

1. острые
2. хронические

По глубине поражения:

1. поверхностные
2. глубокие

По распространенности:

1. ограниченные
2. диффузные
3. распространенные

По взаимосвязи:

1. приуроченные к фолликулярно-железистому аппарату
2. неприуроченные к фолликулярно-железистому аппарату.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

СТАФИЛОДЕРМИИ.

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

- ОСТИОФолликулит
- Фолликулит
- Фурункул
- Карбункул
- Гидраденит
- Пузырчатка новорожденных - это острое, контагиозное заболевание, возникающее в первые дни жизни ребенка. На коже появляются серозные пузыри, эрозии, быстро растущие по периферии. Заражение обычно происходит от матери или медперсонала.

ЛЕЧЕНИЕ:

ОСТРЫЕ ПИОДЕРМИИ

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

- Антибиотики, сульфаниламиды.
- Устранение неблагоприятных экзогенных факторов.
- Наружное лечение.

ХРОНИЧЕСКИЕ ПИОДЕРМИИ

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

- Санация очагов фокальной инфекции, лечение диабета и др. висцеральной патологии.
- Специфические иммунопрепараты (стафилококковый анатоксин, антифагин и др.), средства, усиливающие иммуногенез.
- На первоначальных и заключительных этапах – антибиотики.
- Наружное лечение.

ПРОФИЛАКТИКА:

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

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

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

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

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания.
3. Укажите возможные осложнения.
4. Принципы лечения заболевания.

5. Дайте рекомендации больному после клинического выздоровления.

Задача №2

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

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

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

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

Задача №3

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

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

Задача №4

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

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

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

При осмотре полости рта больного обнаружены кариозные зубы.

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

Задача №5

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

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

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

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

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Современное представление о систематике и семиотике пиодермий.
2. Диагностика пиодермий.
3. Клинические формы пиодермий.
4. Дифференциальная диагностика пиодермий.
5. Тактика ведения больных пиодермиями.

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

1. Классификация пиодермий.
2. Диагностика пиодермий.
3. Алгоритм обследования больных пиодермиями.
4. Клинические формы пиодермий.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре

1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm 1	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
3.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №9

ТЕМА: «Дерматозоозы»

Индекс темы ОД.О.01.1.1.9

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №9

Тема: «Дерматозоонозы»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики дерматозоонозов необходимы дерматологам, учитывая заразный характер заболеваний, необходимость проведения профилактических мероприятий.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):
 - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
 - -готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
 - готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
 - учебная: подготовить специалистов по диагностике, лечению и профилактике дерматозоонозов.

- **знать:**
 - этиологию и эпидемиологию чесотки ;
 - особенности клинических проявлений и течения чесотки ;
 - клинические проявления и течение педикулеза

- **уметь:**
 - провести осмотр больного
 - выявление чесоточных ходов
 - обнаружение чесоточного клеща и *Demodex folliculorum*

- провести противопаразитарную обработку больного
- заполнить медицинскую документацию (историю болезни, извещение в санэпидстанцию).
- составлять алгоритм обследования и лечения больных страдающих дерматозоонозами ;
- владеть:
- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данные заболевания;

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЧЕСОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5, ПК-6)

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

2. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЧЕСОТКИ (УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6)

- 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

3. ДЛЯ ЧЕСОТКИ ХАРАКТЕРНЫ (УК-1, ПК-5, ПК-6)

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

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЧЕСОТКИ (УК-1, ПК-5, ПК-6)

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

5. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ НА КОЖЕ ПРИ ЧЕСОТКЕ У ВЗРОСЛЫХ (УК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) на коже туловища, кистей рук
- 2) на волосистой части головы

- 3) на коже ладоней
- 4) в межлопаточной области
- 5) на коже лица

6. ЗУД, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЧЕСОТКИ, ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ (УК-1, ПК-5, ПК-6)

- 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

7. НОРВЕЖСКАЯ ЧЕСОТКА (УК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) представляет географическую разновидность обычной чесотки
- 2) вызывается аномальной реакцией хозяина
- 3) вызывается чесоточными клещами – паразитами животных
- 4) обычно бывает у инвалидов и умственно отсталых людей
- 5) вызывается аномальной реакцией хозяина; обычно бывает у инвалидов и умственно отсталых людей

8. К ПАРАЗИТАРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСИТСЯ (УК-1, ПК-1)

- 1) чесотка
- 2) псориаз
- 3) экзема
- 4) сифилис
- 5) рубромикоз

9. У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ВОЗМОЖНА ЧЕСОТКА (УК-1, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6)

- 1) английская
- 2) норвежская
- 3) датская
- 4) американская
- 5) испанская

10. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ЧЕСОТКОЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) исключение острой пищи
- 2) лечение бензил-бензоатом
- 3) применение УФО
- 4) применение ПУВА – терапии
- 5) назначение кортикостероидных мазей

11. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЧЕСОТКИ ПО МЕТОДУ ДЕМЬЯНОВИЧА, РАСТВОРОМ №1 ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6):

- 1) 6% раствор хлористоводородной кислоты
- 2) 60% раствор раствора натрия тиосульфата

- 3) 20% раствор бензилбензоата
- 4) 30% раствор натрия тиосульфата
- 5) 10% раствор хлористого кальция

12. В ЛЕЧЕНИИ ПЕДИКУЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ (ПК-6)

- 1) ниттифор
- 2) синафлан
- 3) целестодерм
- 4) микозолон
- 5) преднизолон

5.2. Основные понятия и положения темы.

Чесотка – паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещем. Чесоточный зудень паразитирует только в кожи человека в поверхностных слоях эпидермиса. Первые описания чесотки появились более 3000 лет назад в Китае, Ассирии. В 1834 году Ренугги впервые доказал роль чесоточного клеща в этиологии чесотки.

ЭТИОЛОГИЯ:

Возбудителем чесотки является *Sarcoptes scabiei*. Тип членистоногих.

Класс паукообразных.

Отряд акариформных.

Подотряд чесоточных.

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

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

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

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

Пути передачи:

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

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

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

КЛИНИКА:

Основные признаки:

- зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время;
- наличие типичных чесоточных ходов;
- типичная локализация высыпаний;

- наличие характерных для чесотки симптомов: Арди, Горчакова, Михаэлиса, Сезари;
- преобладание при осложненной чесотке стафилококкового импетиго на кистях, запястьях, стопах; эктим - на голеньях и ягодицах; остиофолликулитов и фурункулов на туловище и ягодицах;
- отсутствие эффекта от проведенного ранее лечения антигистаминными, десенсибилизирующими, противовоспалительными средствами, в том числе кортикостероидными мазями.

КЛИНИКА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ЧЕСОТКИ:

- наличие зудящих высыпаний у одного или нескольких членов семьи;
- наличие зудящих высыпаний среди членов организованного коллектива;
- возникновение заболевания после тесного телесного и полового контакта в постели в вечернее и ночное время;
- непрямой путь заражения при наличии нескольких больных в очаге;
- возможность заражения через предметы, которыми непрерывно пользуется большой поток людей – матрасы в поездах, спальные мешки на туристических базах и т.д.
- улучшение состояния после лечения одним из противочесоточных препаратов с доказанной эффективностью.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ:

- Чесотка детей.
 - А) дети младшего возраста
 - Б) дети школьного возраста
 - В) дети всех возрастных групп
 - Чесотка пожилых людей
 - Чесотка «малосимптомная»
 - Чесотка без поражения кожного покрова
 - Постстероидная чесотка
 - Норвежская чесотка (корковая)
 - Схамбиозная лимфопазия
 - Псевдочесотка

ДИАГНОСТИКА:

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

Методы для микроскопии клеща:

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

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. Псевдочесотка;
2. Почесуха;
3. Экзема;

4. Зудящие дерматозы связанные с нарушением обмена веществ (механическая желтуха, сахарный диабет, почечная недостаточность);
5. Неврозы, психопатии;
6. Старческий зуд.

ОСЛОЖНЕНИЯ:

1. Пиодермия – 25 % случаев;
2. Дерматит 15 % случаев;
3. Экзема;
4. Поражение ногтей;
5. Крапивница;
6. Изменение клинических показателей крови и мочи – эозинофилия и альбуминурия

ЛЕЧЕНИЕ:

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

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

ПРОФИЛАКТИКА:

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

При массовой дезинсекции использование дезинсекционной камеры.

Препарат для индивидуальной обработки аэрозоль – А – PAR.

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

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

ПЕДИКУЛЕЗ

Этиология. На коже человека паразитируют три вида вшей – головные, платяные и лобковые.

Клиническая картина. *Головная вшивость.* Головные вши поселяются на коже волосистой части головы преимущественно в затылочной и височных зонах. Являясь кровососущими насекомыми, они обуславливают типичные проявления укусов – воспалительные папулы полушаровидной формы. Укусы вызывают сильный зуд, больной экскорирует папулы, которые часто осложняются пиогенной инфекцией в форме вульгарного импетиго.

Платяная вшивость. Контактным путем с больного человека платяные вши попадают на одежду и кожу окружающих людей. Поселяясь в складках одежды, вши кусают прилегающую к одежде кожу хозяина. Реакция кожи на укусы может быть в виде воспалительных пятен и отежных серо-папул. Локализация укусов совпадает с зонами, где белье максимально соприкасается с кожей (поясница, межлопаточная и подмышечные зоны, кожа шеи, голени).

Лобковая вшивость. Заражение чаще всего происходит при половом контакте. Лобковые вши (плотицы) поселяются в зонах оволосения тела преимущественно в лобковой области и промежности, реже в подмышечных впадинах, на груди.

Диагностика всех видов вшивости основана на обнаружении паразитов, гнид и следов их укусов. Однако при развитии обширных гнойных осложнений на волосистой части головы и коже туловища клиническая картина вшивости может маскироваться. В таких случаях следует обращать внимание на жалобы больного (зуд кожи в соответствующих локализациях), а также на сведения о зуде у других членов семьи и других контактных лиц.

Противоэпидемические мероприятия должны включать:

- противопаразитарную обработку у больного человека волос и всей кожи;
- медицинский осмотр и обязательную противопаразитарную обработку контактных лиц (половые и бытовые контакты);
- санитарную обработку одежды, головных уборов, постельных, обивки мягкой мебели, полотенец, мочалок, мягких детских игрушек (стирка при температуре выше 80° С, проглаживание утюгом с паром, обработка химическими акарицидными средствами).

Терапия вшивости включает в себя меры, направленные на уничтожение взрослых насекомых и гнид (учитывается биологическая особенность их обитания на коже человека).

Большинство противопаразитарных средств являются производными *перметрина*.

Перметрин (нитгифор) выпускается в форме водно-спиртового 0,5% раствора. При наружном применении уничтожает гнид, личинок и половозрелых особей головных и лобковых вшей. Пара-плюс (PARA-PLUS) – аэрозоль для наружного применения, содержит перметрин, малатион, пиперонил бутоксид.

При борьбе с *плотняной вшивостью* следует учитывать тот факт, что вши паразитируют в одежде, где находятся и гниды. Следовательно, основные мероприятия должны быть направлены на термическую обработку одежды и постельных принадлежностей (кипячение, стирка в горячей воде, проглаживание утюгом, автоклавирование и пр.).

Кожный лейшманиоз – природно-очаговое паразитарное заболевание, вызываемое лейшманиями.

Возбудитель переносится москитами рода *Phlebotomus*. В странах СНГ постоянная заболеваемость зоонозным лейшманиозом отмечается в Туркмении, Узбекистане и Азербайджане. В странах с умеренным и холодным климатом возможны только «привозные» случаи.

Различают два варианта возбудителей кожного лейшманиоза: *Leishmania tropica major* и *Leishmania tropica minor*, вызывающие соответственно сельский (I тип) и городской (II тип) варианты болезни. Природным резервуаром *Leishmania tropica major* являются грызуны-песчанки. Резервуаром *Leishmania tropica minor* являются больные люди, редко собаки.

Клиническая картина. После инкубационного периода в месте внедрения лейшманий развивается гранулема, клинически проявляющаяся воспалительным узелком или узлом, который быстро увеличивается в размерах, принимая конусообразную форму. Через 1-2 недели развивается центральный *некроз*, после отторжения которого образуется глубокая язва диаметром 2-4 см с неправильно округлыми очертаниями и обрывистыми краями. Дно язвы неровное, покрыто серовато-желтоватым или желтовато-зеленоватым налетом.

Значительное гнойное отделяемое. Вокруг язвы – широкая зона болезненного инфильтрата тестоватой консистенции с отеком. После отторжения некротических масс появляются характерные красные со-сочковые зернистые грануляции. Около основного очага часто появляются «бугорки обсеменения» и лимфангит с четкообразными утолщениями по ходу сосуда. Регионарный лимфаденит возникает редко. Рубцевание язвы начинается *обычно* с центра и занимает 3-5 месяцев. Наиболее характерно формирование вдавленного, гиперпигментированного рубца с атрофией кожи. Остается иммунитет к данному варианту возбудителя.

Туберкулоидный лейшманиоз чаще возникает на лице, на местах бывших очагов. Развивается эта форма лейшманиоза у лиц молодого возраста и детей после заживления первичной лейшманиомы или в процессе ее заживления. Характерно длительное течение с временными затуханиями и обострениями. На коже лица, по краю рубцов появляются отдельные или *сгруппированные* обычно гладкие бугорки желтовато-бурого цвета диаметром 1-3 мм. Существуют бугорки длительное время (1-2 года), обычно не изъязвляясь. После Разрешения остается атрофический рубец, на котором *вновь* могут появиться

свежие бугорки. При диаскопии – положительный симптом «яблочного желе».

Диагноз. Для диагностики важны клиническая картина, данные анамнеза (пребывание в эндемических областях), обнаружение возбудителя в мазке-соскобе или в гистологическом препарате при биопсии элемента сыпи. Иногда производится посев на специальные питательные среды.

Лечение. При остронекротизирующей форме назначают мономицин, по 250 тыс ЕД х 3 раза в день, на курс до 8,8 тыс ЕД. Используют также мета циклин, вибрамицин, доксициклин, хинолиновые производные. Местн применяют обкалывание мономицином, криодеструкцию, коллагеновую губку с антибиотиками. Подтверждена эффективность кетоконазола и итрак назола.

Профилактика. Затравка нор грызунов (радиус – 1,5 км), репелленты, по вязки (изоляция очагов от москитов), прививки.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

На прием к дерматологу обратился больной 40 лет с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся зудом, усиливающимся в ночное время. ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение двух недель, когда после возвращения из командировки, появились высыпания на руках. Самостоятельно лечился кортикостероидными мазями, эффекта не отмечал. Затем появились высыпания на туловище и ногах. 3 дня назад подобные высыпания появились у жены. ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер с локализацией на коже туловища, внутренней поверхности бедер, в межпальцевых складках кистей. Высыпания представлены множественными парными папуло - везикулезными

элементами, эскориациями, пустулами, эрозиями, покрытыми гнойно-геморрагическими корочками. На коже разгибательных поверхностей локтевых суставов обильные наслоения гнойно-геморрагических корок.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте алгоритм обследования больного
3. С какими дерматозами необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Общие принципы лечения заболевания.
5. Профилактика заболевания

Задача №2

На прием к дерматовенерологу обратилась больная 30 лет с жалобами на появление «опухоли» на коже плеча.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больна в течение 6 месяцев, когда на коже плеча появился узел, который медленно увеличивался в размерах. Образование беспокоило. За последние 2 недели отметила изъязвление данного образования.

Больная проживает в Таджикистане.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. На коже сгибательной поверхности правого плеча располагается тестоватой консистенции узел 3,0 - 3,5 см в диаметре, в центре которого имеется неправильной формы язва с круто – обрывистыми краями. Дно язвы неровное, зернистое, местами покрыто желто – серым налетом. Вокруг язвы валовидный умеренно - плотный инфильтрат. Лимфатические узлы не увеличены. Отмечается четковидный лимфангоит.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию.
3. Этиология заболевания.
4. Эпидемиология заболевания.
5. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.

Задача №3

На консультацию к дерматовенерологу из школы – интерната доставлена девочка 8 лет с жалобами на появление корок на голове, интенсивный зуд головы.

При осмотре на волосистой части головы в затылочной области обнаружены вши, на волосах располагаются гниды. Волосы склеены серозно – гнойным экссудатом. Кожа головы эритематозна, покрыта геморрагическими и гнойными корками. Задние шейные лимфатические узлы увеличены в размерах, болезненные при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику данного дерматоза?
4. Эпидемиология заболевания.
5. Назначьте лечение больной.

Задача №4

На прием к детскому дерматологу обратилась мать с грудным ребенком.

ИЗ АНАМНЕЗА. Ребенок заболел 2 недели назад, когда появились высыпания пузырьков на коже туловища, лица и конечностей, сопровождающиеся сильным зудом. Педиатром диагностирован аллергический дерматит и назначено лечение (тавегил и

адвантан). Положительно эффекта от лечения не наблюдалось. Ребенок постоянно беспокоится по ночам из-за интенсивного зуда, плачет, прерывисто спит. Два дня назад появились гнойнички на кистях и стопах, сопровождающиеся подъемом температуры до 38С.

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

У матери также отмечаются высыпания и зуд.

1. Поставьте диагноз.
2. Особенности клинических проявлений заболевания у детей.
3. Какие симптомы характерны для данного заболевания?
4. Какое заболевание называют псевдосаркоптозом?
5. Особенности лечения заболевания у детей.

Задача №5

У девочки 2-х лет около года назад выявили острый лимфобластный лейкоз, по поводу которого была проведена химиотерапия. По достижении ремиссии, ей была назначена поддерживающая доза препарата. Во время одного из ежемесячных посещений врача у нее обнаружили умеренно зудящую сыпь на лице.

При осмотре на коже лица множество красных папул и пустул диаметром 1-3 мм, эскориации.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. Гематокрит 30%. Число лейкоцитов крови $1,5 \times 10^9 /л$; лейкоцитарная формула в норме. Окраска по Граму содержимого пустул выявила множество нейтрофилов, но не выявила микроорганизмов. Микроскопия препарата, обработанного гидроксидом калия, не выявила элементов грибов, но обнаружила множество клещей *Demodex folliculorum*.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Что послужило предрасполагающим фактором в развитии заболевания у ребенка?
4. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
5. Назначьте лечение больной.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Современное представление о систематике и семиотике дерматозоонозов.
2. Диагностика дерматозоонозов.
3. Клинические разновидности чесотки.
4. Современные методы лечения больных чесоткой.

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

1. Алгоритм обследования больных с дерматозоонозами.
2. Клинические разновидности дерматозоонозов.
3. Дифференциальная диагностика дерматозоонозов.

8.Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2.	Паразитарные дерматозы у взрослых и детей	А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017.		
3.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №10

ТЕМА: «Этиология и патогенез грибковых заболеваний кожи»

Индекс темы ОД.О.01.1.1.10

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №10

Тема: «Этиология и патогенез грибковых заболеваний кожи»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие

3. Значение изучения темы. Знание вопросов клинической микологии, этиологии, эпидемиологии, и патогенеза необходимы дерматологам, учитывая большую распространенность, многообразие клинических форм, трудности дифференциальной диагностики, трудности в лечении данной патологии.

4.Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):
- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- -готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- -готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- -готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- -готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: изучить этиологические и патогенетические факторы развития грибковых заболеваний кожи.

-знать:

- этиопатогенетические факторы развития микозов кожи;
- эпидемиологию грибковых заболеваний кожи

-уметь:

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

- составить алгоритм обследования больного.
-владеть:
- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать микозы

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. К ТРИХОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) трихофития, эпидермофития, фавус
- 2) фавус, дрожжевой глоссит
- 3) микроспория, фавус, трихофития
- 4) трихофития, микроспория, хейлит

2. ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИКОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-5)

- 1) стрептококки
- 2) стафилококки
- 3) грибы
- 4) вирусы
- 5) гонококки

3. ЗООФИЛЬНЫМИ ГРИБАМИ ВЫЗЫВАЕТСЯ (УК-1, ПК-5, ПК-6)

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

4. К КЕРАТОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) трихофития
- 2) микроспория
- 3) эритразма
- 4) отрубевидный лишай
- 5) хромомикоз

5. РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА СПОСОБСТВУЕТ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

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

6. ВОЗБУДИТЕЛЕМ РУБРОМИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)

- 1) *Malassezia fufur*
- 2) *Corynebacterium minutissimum*
- 3) *Tricoph. Rubrum*
- 4) *Trichofiton schonleinii*
- 5) *Candida albicans*

7. ПОДМЫШЕЧНЫЙ ТРИХОМИКОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ (ПК-5)

- 1) стрептококками
- 2) грибами
- 3) стафилококками
- 4) коринебактериями
- 5) вирусами

8. МИКРОСПОРИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПОРАЖАЕТ (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) гладкую кожу и волосистую часть головы
- 2) сальные железы
- 3) слизистую оболочку полости рта
- 4) тельца Руффини
- 5) потовые железы

9. ТРИХОФИТИЯ ОТНОСИТСЯ (ПК-5)

- 1) к дерматомикозам
- 2) к кандидозам
- 3) к глубоким микозам
- 4) к кератомикозам
- 5) к псевдомикозам

5.2. Основные понятия и положения темы.

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

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

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

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

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

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

Дерматофиты – многоклеточные микроорганизмы, аэробы; используют для питания белки, пептоны, аммонийные соли, нитраты, нитриты, хорошо размножаются в кератине. Благоприятная среда – кожа, волосы, ногти. Инфицирование через контакт со спорами. По среде обитания подразделяются на виды: антропофильные, зоофильные, геофильные.

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

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

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

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

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

Больной активно занимается спортом, посещает бассейн, спортзал, пользуется сауной. **ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС.** В межпальцевых складках стоп шелушение. В четвертой межпальцевой складке на фоне отека и эритемы трещина, окаймленная рогом отслаивающегося эпидермиса. На сводах стоп величиной с горошину пузырьки с прозрачным содержимым, покрышки пузырьков плотные.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?
3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?
4. Методы общей и наружной терапии.
5. Меры общей и личной профилактики.

Задача №2

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

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?
4. Назначьте лечение больному.
5. Рекомендации больному после проведенного курса терапии.

Задача №3

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

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Составьте план обследования больного.
4. Методы общей и наружной терапии.
5. Выпишите рецепты.

Задача №4

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

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение двух месяцев, когда впервые появились высыпания в паховой области, в складках кожи под молочными железами.

Самостоятельно обрабатывала высыпания раствором бриллиантовой зелени. Улучшения не отмечала. Из сопутствующих заболеваний отмечает сахарный диабет, пиелонефрит.

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
4. Составьте план лечения больной.
5. Выпишите рецепты.

Задача №5

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

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

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Этиология дерматомикозов.
2. Патогенез грибковых заболеваний кожи.
3. Особенности современной классификации микозов по МКБ 10.

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

1. Патогенез микозов.
2. Классификация микозов.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
3.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

Электронные ресурсы

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

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

Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №11

ТЕМА: «Дерматомикозы. Кандидозы. Клинические проявления»

Индекс темы ОД.О.01.1.2.11

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №11

Тема: «Дерматомикозы. Кандидозы. Клинические проявления»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание вопросов клинических проявлений микозов, необходимы дерматологам, учитывая большую распространенность, многообразие клинических форм, трудности дифференциальной диагностики, трудности в лечении данной патологии.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):
- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов. Знание вопросов клинических проявлений микозов, необходимы дерматологам, учитывая большую распространенность, многообразие клинических форм, трудности дифференциальной диагностики, трудности в лечении данной патологии. заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: изучить основные клинические проявления дерматомикозов.

-знать:

- клинические проявления и патогенез микроспории, трихофитии, микоза стоп и кистей, микоза, обусловленного красным трихофитом, эпидермофитии, онихомикоза, кандидоза кожи и видимых слизистых оболочек

уметь:

- поставить предварительный диагноз, назначить план рационального микологического исследования больного;
- по результатам микологического исследования сформулировать окончательный диагноз;
- составить план противоэпидемических мероприятий и меры вторичной профилактики дерматофитии (коррекции факторов риска, провоцирующих и способствующих факторов).

-владеть:

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. К ТРИХОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ (ПК-1, ПК-5)

- 1) трихофития, эпидермофития, фавус
- 2) фавус, дрожжевой глоссит
- 3) микроспория, фавус, трихофития
- 4) трихофития, микроспория, хейлит

2. ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИКОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-5)

- 1) стрептококки
- 2) стафилококки
- 3) грибы
- 4) вирусы
- 5) гонококки

3. СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) (+) симптом Дюбуа
- 2) (+)симптом Авситидийского
- 3) (+) симптом «скошенного луга»
- 4) (+) симптом зонда
- 5) (+) симптос Пospelова

4. К КЕРАТОМИКОЗАМ ОТНОСИТСЯ (ПК-5)

- 1) микоз стоп
- 2) фавус
- 3) отрубевидный лишай
- 4) микроспория
- 5) бластомикоз

5. ПРИ ОТРУБЕВИДНОМ ЛИШАЕ ПОРАЖАЕТСЯ (ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) кожа туловища

- 2) ладони
- 3) подошвы
- 4) слизистые
- 5) ногти

6. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ИСПОЛЬЗУЮТ (ПК-1):

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

7. ДЛЯ ПРОБЫ БАЛЬЗЕРА ИСПОЛЬЗУЮТ (ПК-1, ПК-6)

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

8. К КЕРАТОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ (ПК-5)

- 1) трихофития
- 2) микроспория
- 3) эритразма
- 4) отрубевидный лишай
- 5) хромомикоз

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ОТРУБЕВИДНОМ ЛИШАЕ(ПК-6)

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

10. РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА СПОСОБСТВУЕТ (УК-1,ПК-5,ПК-6,ПК-9)

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

11. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗА КОЖИ(ПК-5)

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

5) инфильтрация кожи

5.2. Основные понятия и положения темы.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Дерматомикозы – инфекционные заболевания, вызываемые грибами дерматофитами (22 вида трихофитонов, 16 видов микроспорумов и 1 вид эпидермофитона). В настоящее время в клинической работе используется простая классификация грибковых заболеваний человека, учитывающая глубину поражения и возбудитель и включающая 4 группы дерматомикозов: *кератомикозы, дерматофитии, кандидоз, глубокие микозы*, а также «топическая» классификация, по которой дерматомикозы разделены по областям поражения: *микоз головы, микоз корпуса, микоз складок, микоз стоп и кистей, микоз ногтей (онихомикоз)*.

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.

Диагностика. Диагноз устанавливают на основании характерной клинической картины и данных лабораторных исследований.

Дифференциальная диагностика. Высыпания разноцветного лишая на коже туловища могут напоминать разрешающиеся розеолы при вторичном сифилисе. Депигментированные высыпания на коже шеи необходимо отличать от витилиго и истинной сифилитической лейкодермы.

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

ДЕРМАТОМИКОЗЫ

Дерматомикозы (син. дерматофитии) - группа грибковых заболеваний, обусловленных дерматофитами родов Microsporum, Trichophyton, Epidermophyton, паразитирующих на человеке и животных.

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

МИКРОСПОРИЯ

Микроспория – высококонтагиозное заболевание, поражающее кожу и волосы, вызываемое различными видами грибов рода *Microsporum* и наиболее распространенное в настоящее время у детей.

Этиология и эпидемиология. Из зооантропофильной группы наиболее частым возбудителем микроспории является *Microsporum canis* (источники – котята, собаки, дети). Из антропофильной группы наиболее частым возбудителем заболевания является *Microsporum ferrugineum*, реже встречается *Microsporum audouinii*.

Клиническая картина. Инкубационный период при микроспории у человека равен 2-4 дням. Первым признаком поражения *волосистой части головы* является появление очагов прорежения волос. Волосы в пределах очагов поражения изменены: они обломаны все на высоте 4-6 мм, тусклые, серые, утолщенные.

Дифференциальная диагностика – как при трихофитии.

Лечение и профилактика – как при трихофитии.

ТРИХОФИТИЯ

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

Этиология и эпидемиология. Возбудители трихофитии подразделяются на группы в зависимости от типа поражения волос.

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

Дифференциальная диагностика. Сходство с инфильтративно-нагноительной трихофитией волосистой части головы, области бороды и усов имеют микоз, вызванный *Tr. rubrum*, импетигиозный сифилид и вульгарный сикоз.

МИКОЗ СТОП

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

Этиология и эпидемиология. Наиболее частыми возбудителями микоза стоп являются красный трихофитон (*Trichophyton rubrum*) и межпальцевой трихофитон (*Trichophyton mentagrophytes, var. interdigitale*), реже эти вызывают дрожжеподобные грибы рода *Candida* паховый эпидермофитон (*Epidermophyton floccosum*).

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

ОНИХОМИКОЗ

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

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

КАНДИДОЗ

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

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

Клиническая картина. Различают следующие разновидности кандидоза:

1. *Поверхностный кандидоз* (рта, гениталий, кожи, ногтевых валиков и ногтей).
2. *Хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз детей и подростков* (хронический кожно-слизистый кандидоз).
3. *Висцеральный кандидоз* (поражение различных внутренних органов и систем): кандидоз глотки, пищевода и кишечника, кандидоз бронхов и легких, кандидозная септицемия и др.

Врачи (терапевты, педиатры, акушер-гинекологи, хирурги, стоматологи, оториноларингологи и др.) в повседневной практике чаще встречаются с проявлениями *поверхностного кандидоза*. По локализации поражений различают:

- *Кандидоз слизистых оболочек и кожи:* кандидозный стоматит, кандидозный глоссит, кандидоз углов рта (дрожжевая заеда), кандидозный хейлит, кандидозный вульвовагинит, кандидозный баланопостит.
- *Кандидоз кожи и ногтей:* кандидоз больших складок, кандидоз малых складок, кандидозные паронихии и онихии (онихомикоз).

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

- острый псевдомембранозный кандидоз («молочница», или *soor*);
- острый атрофический кандидоз;
- хронический гиперпластический кандидоз («кандидозная лейкоплакия»);
- хронический атрофический кандидоз.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение истории болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

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

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?
3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?
4. Методы общей и наружной терапии.
5. Меры общей и личной профилактики.

Задача №2

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

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Составьте план обследования больного.
4. Методы общей и наружной терапии.
5. Выпишите рецепты.

Задача №3

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
4. Составьте план лечения больной.
5. Выпишите рецепты.

Задача №4

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Наметьте план лечения больного.
5. Выпишите рецепты.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Клинические проявления трихомикозов.
2. Микозы стоп. Клинические формы.
3. Кандидоз кожи и слизистых оболочек. Клинические формы.

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

1. Группы дерматомикозов по МКБ - X.
2. Клинические формы дерматомикозов.
3. Клинические формы кандидозов.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	
2.	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск КрасГМУ, 2017	3	

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
	инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб.пособие				

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

для специальности Дерматовенерология

клиническая ординатура

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №12

**ТЕМА: «Диагностика грибковых заболеваний кожи. Методы общей и наружной
терапии больных микозами»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.12

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №12

Тема: «Диагностика грибковых заболеваний кожи. Методы общей и наружной терапии больных микозами»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание диагностики грибковых заболеваний кожи необходимо для проведения лечения данных заболеваний, учитывая большую распространенность, многообразие клинических форм, трудности в лечении данной патологии.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):
- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению грибковых заболеваний кожи.

-знать:

- методы лабораторной диагностики грибковых заболеваний кожи.
- применение системных антимикотиков в лечение микозов.
- современные средства наружной терапии грибковых заболеваний кожи.

-уметь:

- провести забор материала для лабораторного исследования на возбудителей микозов.
- интерпретировать результаты лабораторного исследования на возбудителей микозов.
- проводить люминесцентную диагностику микозов.
- составлять алгоритм обследования больного.

-владеть:

– диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. СПРЕЙ ЛАМИЗИЛ ПРИМЕНЯЕТСЯ (УК-1, ПК-6)

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

2. ДЛЯ ОБЩЕЙ ТЕРАПИИ МИКОЗОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ (УК-1,ПК-6)

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

3. ФУНГИЦИДНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЮТ (УК-1,ПК-6)

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

4. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ЗАБОЛЕВАНИЯ РУБРОМИКОЗОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ (УК-1, ПК-2, ПК-6)

- 1) дезинфекция обуви и чулок
- 2) виролекс
- 3) антигистаминные препараты
- 4) преднизолон
- 5) фтивазид

5. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ИСПОЛЬЗУЮТ (ПК-1,ПК-6)

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

6. ДЛЯ ПРОБЫ БАЛЬЗЕРА ИСПОЛЬЗУЮТ (ПК-1,ПК-6)

- 1) 5% йодную настойку
- 2) 5% салициловый спирт

- 3) тетрациклиновая мазь
- 4) настойку календулы
- 5) эритромициновая мазь

7. СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ(УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) (+) симптом Дюбуа
- 2) (+)симптом Авситидийского
- 3) (+) симптом «скошенного луга»
- 4) (+) симптом зонда
- 5) (+) симптос Пospelова

8. К ТРИХОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ (ПК-5)

- 1) трихофития, эпидермофития, фавус
- 2) фавус, дрожжевой глоссит
- 3) микроспория, фавус, трихофития
- 4) трихофития, микроспория, хейлит

9. ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИКОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-5)

- 1) стрептококки
- 2) стафилококки
- 3) грибы
- 4) вирусы
- 5) гонококки

10. ЗООФИЛЬНЫМИ ГРИБАМИ ВЫЗЫВАЕТСЯ (УК-1, ПК-1 ,ПК-5, ПК-6, ПК-9)

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

5.2. Основные понятия и положения темы.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА МИКОЗОВ

Лабораторная диагностика грибковых заболеваний основана на обнаружении гриба и определении его рода и вида. Она складывается из двух основных этапов: микроскопического и культурального исследований. Микроскопическое исследование является первым и важным звеном, позволяющим подтвердить предварительный диагноз. Успех микроскопического исследования во многом зависит от правильного забора патологического материала. Для микроскопического исследования необходимо выбирать волосы, имеющие различимые на глаз признаки поражения грибом (тусклые, обломанные, утолщенные). Измененные на внешний вид волосы извлекают эпиляционным пинцетом. Для обнаружения единичных пораженных волос при микроспории можно воспользоваться люминесцентной лампой с фильтром Вуда (зеленовато-голубое свечение).

Культуральная диагностика

Культуральная диагностика осуществляется для окончательного уточнения диагноза и выяснения эпидемиологии. Она включает получение культуры гриба с последующим микроскопическим исследованием.

Пораженные волосы, чешуйки (кожные и ногтевые), покрышки пузырей или гной засевают на искусственную питательную среду. По внешнему виду гигантских колоний на чашках Петри можно составить представление о роде возбудителя (*Microsporum*, *Trichophyton*, *Epidermophyton*), его виде (*L. canis* или *ferrugineum*, *T. violaceum*, *verrucosum* или *gypseum*). Окончательное уточнение рода и вида гриба возможно только на основании микроскопического исследования полученной культуры.

Лабораторная диагностика поверхностного кандидоза

Для лабораторного исследования на дрожжеподобные грибы необходим свежий материал. Для микроскопического исследования, в зависимости от клинических проявлений и локализации поражений, могут быть взяты чешуйки кожи, соскобы с ногтей, капля гноя из-под ногтевого валика, беловатые налеты с пораженных участков слизистой оболочки рта и наружных половых органов, стенок влагалища, соскоб со слизистой оболочки уретры, а также смывы с красной каймы губ, пораженных участков кожи крупных и мелких складок.

Современные системные антимикотики

Амфотерицин В

Амфотерицин – противогрибковый антибиотик из ряда полиенов-макролидов, вырабатывается аскомицетом *Streptomyces nodosus*1. Амфотерицин имеет широкий спектр действия. Внутривенное введение обычного раствора амфотерицина нередко сопряжено с тяжелыми побочными и токсическими эффектами, вынуждающими ограничивать дозу или отменять лечение.

Флуконазол

Флуконазол – препарат из группы азолов, является синтетическим производным бистриазола. В отличие от других азольных препаратов, флуконазол обладает высокой специфичностью по отношению к зависимым от цитохрома P450 ферментам грибов. Поэтому при использовании флуконазола не наблюдается побочного действия на синтез стероидов и других метаболических процессов, связанных с этими цитохромами.

Итраконазол

Итраконазол – препарат из группы азолов, является синтетическим диоксолановым производным триазола.

Как и другие препараты из группы азолов, итраконазол угнетает синтез эргостерина за счет действия на зависимый от системы цитохрома P450 фермент 14α-деметилазу.

Кетоконазол

Кетоконазол – препарат из группы азолов, является синтетическим диоксолановым производным имидазола. Кетоконазол стал первым антимикотиком широкого спектра, назначаемым внутрь и явился эффективной заменой амфотерицину.

Кетоконазол обладает широким спектром действия, включающим дерматофиты, многие виды *Candida*, *Malassezia* spp., а также все классические диморфные грибы и разные *Dematiaceae*. Кетоконазол проявляет преимущественно фунгистатический эффект.

Нистатин

Нистатин – противогрибковый антибиотик из ряда полиенов-макролидов, продуцируемый актиномицетами *Streptomyces noursei* и *Streptomyces albidus*. По существу, нистатин для

приема внутрь не является средством системной терапии микозов, поскольку почти не проникает в кровь. Нистатин помещен в этот раздел потому, что он все еще широко применяется в лечении и профилактике кандидоза, а также в связи с ожидаемым выпуском его липосомальной формы («Nyotran»).

Тербинафин

Тербинафин – препарат из группы аллиламинов, производное N-метил-нафталенметенамина. Тербинафин подавляет синтез эргостерина, составляющего мембрану грибов, за счет действия на фермент сквален-эпоксидазу, контролирующей образование одного из ранних предшественников эргостерина. В результате содержание эргостерина снижается, но повышается содержание сквалена. Фунгистатический эффект тербинафина связан именно с угнетением синтеза мембраны из-за нехватки эргостерина. Кроме того, тербинафин проявляет выраженный фунгицидный эффект (по крайней мере, *in vitro*), точный механизм которого не выяснен.

Гризеофульвин

Гризеофульвин – противогрибковый антибиотик, вырабатывается рядом грибов из рода *Penicillium*. Препарат был выделен Dierckx в 1939 году из гриба *Penicillium griseofulvum*, с 1958 года первым из препаратов для приема внутрь стал применяться в лечении дерматофитоза.

Гризеофульвин оказывает фунгистатическое действие, препятствуя делению грибов, действует только на дерматофиты.

Современные местные антимикотики

Полиеновые антибиотики

Нистатин

Нистатин (*Nystatinum*) – противогрибковый антибиотик из ряда полиенов – макролидов.

Леворин

Леворин (*Levoriginum*) – отечественный противогрибковый антибиотик из ряда полиенов-макролидов, продуцируемый аскомицетом *Actinomyces levoris*.

Амфотерицин В

Амфотерицин – противогрибковый антибиотик из ряда полиенов-макролидов.

Мазь амфотерицина используется, в основном, в лечении кандидоза кожи. Мазь может быть назначена и при лечении вторичного подкожного аспергиллеза, феогифомикоза, осложняющего раны, ожоги, при пересадке кожи. Специальные местные формы амфотерицина нашли применение в офтальмологии, в лечении грибковых кератитов, конъюнктивитов и блефаритов.

Натамицин

Натамицин – противогрибковый антибиотик из ряда полиенов – макролидов, продуцируемый актиномицетом *Streptomyces natalensis*.

Подобно остальным полиеновым антибиотикам, натамицин связывается с эргостерином, нарушая проницаемость мембраны. За счет этого создается фунгистатический и фунгицидный эффект.

Производные азолов

Бифоназол

Бифоназол – противогрибковый препарат из группы азолов, синтетическое производное имидазола.

Изоконазол

Изоконазол – противогрибковый препарат из группы азолов, синтетическое производное имидазола. Как и другие препараты из группы азолов. Действие изоконазола преимущественно фунгистатическое.

Кетоконазол

Кетоконазол – противогрибковый препарат из группы азолов. Спектр действия кетоконазола включает многие дерматофиты, *Candida spp.*, *Malassezia spp.* Местные формы препарата применяются в терапии дерматофитии, кандидоза кожи, разноцветного лишая, для лечения и профилактики себорейного дерматита, а также при вагинальном кандидозе и онихомикозах.

Клотримазол

Клотримазол – противогрибковый препарат из группы азолов, синтетическое производное имидазола. Как и другие азольные средства. клотримазол подавляет синтез эргостерина.

Миконазол

Миконазол – противогрибковый препарат из группы азолов, синтетическое производное имидазола. Как и другие препараты из группы азолов, миконазол нарушает синтез эргостерина. Это проявляется фунгистатическим эффектом. Кроме того, миконазол обладает фунгицидным действием. Спектр действия миконазола нитрата широкий, и включает *Candida spp.*, *Malassezia spp.*, дерматофиты, а также некоторые грамположительные бактерии. Миконазола нитрат применяется в лечении кандидоза кожи, дерматофитии, в том числе осложненных вторичной бактериальной инфекцией, разноцветного лишая, эритразмы, а также кандидоза слизистых оболочек: полости рта, влагалища.

Нитрофунгин

Нитрофунгин – противогрибковый препарат для местного применения, относится к галогенизированным фонолам. Нитрофунгин используется в лечении дерматофитии, кандидоза кожи, а также при микозах наружного слухового прохода. Считается, что действующее вещество нитрофунгина обладает фунгистатическим эффектом.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение истории болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

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

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

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

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В межпальцевых складках стоп шелушение. В четвертой межпальцевой складке на фоне отека и эритемы трещина, окаймленная рогом

отслаивающегося эпидермиса. На сводах стоп величиной с горошину пузырьки с прозрачным содержимым, покрышки пузырьков плотные.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?
3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?
4. Методы общей и наружной терапии.
5. Меры общей и личной профилактики.

Задача №2

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

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?
4. Назначьте лечение больному.
5. Рекомендации больному после проведенного курса терапии.

Задача №3

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

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Составьте план обследования больного.
4. Методы общей и наружной терапии.
5. Выпишите рецепты.

Задача №4

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
4. Составьте план лечения больной.
5. Выпишите рецепты.

Задача №5

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

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

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Микроскопическая и культуральная диагностика грибковых заболеваний кожи.
2. Люминесцентная диагностика микозов.
3. Классификация и характеристика системных антимикотиков.
4. Современные средства наружной терапии микозов.

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

1. Применение системных антимикотиков в лечении грибковых заболеваний кожи.
2. Современные средства наружной терапии микозов.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическа я медицина, 2015	3	
2.	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс]: учеб.пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017.	3	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks

8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32– «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №13

**ТЕМА: «Туберкулез кожи. Этиология. Патогенез. Клинические проявления.
Диагностика. Принципы лечения»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.13

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №13

Тема: «Туберкулез кожи. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Принципы лечения»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики туберкулеза кожи необходимы дерматологам, учитывая многообразие клинических форм заболевания и тяжесть течения.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

-готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

-готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

-учебная: подготовить специалистов по диагностике туберкулеза кожи.

-знать:

- этиопатогенетические факторы развития туберкулеза кожи.
- классификацию диссеминированных и локализованных форм туберкулеза кожи.
- клинические проявления и разновидности туберкулезной волчанки.
- диагностику и принципы лечения больных туберкулезом кожи.

-уметь:

- определять симптом «яблочного желе».
- определять симптом проваливания зонда (А.И. Поспелова)
- проводить гистологическое исследование кожи.
- составить алгоритм обследования больного.

-владеть:

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. К ЛОКАЛИЗОВАННЫМ ФОРМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) гематогенный диссеминированный
- 2) колликативный
- 3) папуло-некротический
- 4) лихеноидный

2. САМАЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) скрофулодерма
- 2) волчанка туберкулезная
- 3) туберкулез кожи бородавчатый
- 4) туберкулез милиарно-язвенный
- 5) туберкулез кожи папуло-некротический

3. ВОЛЧАНКА ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ (ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) бугорков
- 2) папул
- 3) геморрагических пятен
- 4) пустул
- 5) волдырей

5. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО (ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 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

4. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПОСПЕЛОВА, ФЕНОМЕН «ЯБЛОЧНОГО ЖЕЛЕ», ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ (УК-1, ПК-1)

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

5. ПРИ ИЗЪЯЗВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ (ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 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

6. ТУБЕРКУЛЕЗНУЮ ВОЛЧАНКУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ (УК-1, ПК-5, ПК-6)

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

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

- 1) язвенный
- 2) первичный шанкриформный
- 3) колликативный
- 4) бородавчатый
- 5) острый диссеминированный милиарный

8. МУЖЧИНЫ СТРАДАЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО (УК-1, ПК-5)

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

9. ЖЕНЩИНЫ СТРАДАЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО (УК-1, ПК-5)

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

10. УЗЛЫ ПРИ КОЛЛИКАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ (ПК-5, ПК-6)

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

11. ЛЮПУС-КАРЦИНОМА – ЭТО (ПК-5, ПК-6)

- 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

12. ИЗЛЮБЛЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОЛЛИКВАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

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

5.2. Основные понятия и положения темы.

ЭТИОЛОГИЯ:

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

Туберкулез самая частая оппортунистическая инфекция у ВИЧ-инфицированных.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

1. Экзогенное заражение
2. Аутоинокуляция
3. Эндогенное распространение инфекции

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

Пути эндогенного распространения:

- контактный (туберкулезный лимфаденит, туберкулез костей) приводит к скрофулодерме.
- лимфогенный – туберкулезная волчанка
- гематогенный – милиарный туберкулез кожи, туберкулезная волчанка, колликувативный туберкулез.

КЛАССИФИКАЦИЯ

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

II. Туберкулез кожи, развивающийся у ранее инфицированных больных:

- 1) Преимущественно локальные формы: туберкулезная волчанка, бородавчатый туберкулез, скрофулодерма (вторичная по отношению к туберкулезу лимфатических узлов и реже других подлежащих тканей), язвенный (периорифицированный) туберкулез.
- 2) Преимущественно диссеминированные формы: папулонекротический туберкулез, лишай золотушных, эритема уплотненная, волчанка милиарная диссеминированная лица.

Клинические формы туберкулеза кожи.

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

Первичный туберкулезный шанкр развивается после непосредственного проникновения *M. tuberculosis* в кожу. Возбудитель не может проникнуть в неповрежденную кожу, поэтому заражение происходит через мелкие порезы и ссадины.

Описывались и необычные случаи «венерического» заражения во время полового акта, а также передача возбудителя при искусственном дыхании «рот-в-рот» и обрезании, проводимом раввином, больным туберкулезом.

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

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ

Достоверные признаки:

Обнаружение возбудителя в очаге поражения кожи

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

Вероятные признаки:

- ~ наличие туберкулеза внутренних органов
- ~ клинические проявления туберкулеза кожи
- ~ кожные пробы с туберкулином.

Дифференциальный диагноз первичного туберкулеза кожи:

1. сифилис-твердый шанкр
2. фелинос
3. споротрихоз
4. туляремия
5. гранулема купальщиков

Дифференциальный диагноз бородавчатого туберкулеза кожи:

1. простые бородавки
2. гранулема купальщиков
3. пиодермии
4. плоскоклеточный рак кожи
5. хромомироз
6. красный плоский лишай

Дифференциальный диагноз туберкулезной волчанки:

1. саркоидоз
2. доброкачественная лимфоплазия
3. красная волчанка
4. третичный сифилис

5. лепра
6. лейшманиоз
7. пиодермии

Дифференциальный диагноз скрофулодермы:

1. глубокие микозы
2. актиномикоз
3. третичный сифилис
4. конглобатные угри
5. гидраденит

ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ

Противотуберкулезные препараты и их основные побочные эффекты		
препарат	побочный эффект	специальные замечания
стрептомицин	Токсическое действие на вестибулярный аппарат, нарушение слуха.	Чаще всего у пожилых людей.
изониазид	Неврит периферических нервов. Гепатит.	От недостаточности пиридоксина. Возникает у 1-2%, риск повышен у людей старше 35 лет.
рифампицин	Гепатит. Оранжевая окраска секрета.	Может стойко окрасить контактные линзы.
пиразинамид	Гиперурикемия.	Может дать толчок развитию подагры.
этамбутол	Воспаление зрительного нерва.	Не назначать детям до 13 лет.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Работа со специальной литературой и муляжами.
2. Реферативные сообщения по теме занятия.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие симптомы, характерные для данного заболевания, наблюдаются у больной?
3. Какие достоверные и вероятные признаки характерны для данного заболевания?
4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
5. Составьте план обследования больной.

Задача №2

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

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение года, когда заметила в области шеи и на щеках появление плотных узлов. Узлы быстро увеличивались в размерах, кожа над ними была синюшного цвета. Высыпания 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?
4. Перечислите достоверные и вероятные признаки заболевания.
5. Наметьте план лечебных мероприятий.

Задача №3

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

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Наметьте план диагностических мероприятий.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
4. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?
5. Какие патоморфологические изменения обуславливают данные симптомы?

Задача №4

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Этиология и патогенез заболевания
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
4. Какие гистологические признаки характерны для данного заболевания?
5. У врача какой специальности должна получать лечение больная?

Задача №5

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Этиология и патогенез заболевания
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
4. Какие гистологические признаки характерны для данного заболевания?
5. У врача какой специальности должна получать лечение больная?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Современное представление об этиологии и эпидемиологии туберкулеза кожи.
2. Диагностика туберкулеза кожи.
3. Дифференциальная диагностика туберкулеза кожи.
4. Современные и традиционные методы лечения больных туберкулезом кожи.
5. Тактика ведения больных туберкулезом кожи.

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

1. Классификация туберкулеза кожи.
2. Диагностика туберкулеза кожи.
3. Дифференциальная диагностика туберкулёзной волчанки.
4. Алгоритм обследования больных с туберкулезом кожи.
5. Клинические формы туберкулеза кожи.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическа я медицина, 2015.	3	
2.	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб.пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017.	3	

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

для специальности Дерматовенерология

клиническая ординатура

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №14

**ТЕМА: «Лепра. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика.
Принципы лечения»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.14

Утверждены на кафедральном заседании

протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева

Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №14

Тема: «Лепра. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Принципы лечения»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинической картины, диагностики и дифференциальной диагностики необходимы дерматологам, учитывая эпидемиологическую опасность этого заболевания, тяжесть течения и трудности в лечении больных.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

-готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

-готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

-готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

-готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

-учебная: подготовить специалистов по диагностике лепры.

-знать:

- этиологию и эпидемиологию лепры;
- клинические проявления лепры;
- диагностику и методы лечения больных лепрой.

-уметь:

- пальпация, граттаж кожи.
- диаскопия сыпи.
- определение тургора и эластичности кожи.
- исследование тактильной, болевой и температурной чувствительности.

- диагностические тесты с гистамином, горчичником, нитиновой кислотой, УФО.
- проведение лепроминовой пробы. (реакция Мицуды)

-владеть:

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ ЛЕПРЫ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ(УК-1,ПК-5)

- 1) в соскобе со слизистой перегородки носа
- 2) в крови
- 3) в моче
- 4) в лимфе
- 5) в пунктате лимфатического узла

2. ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЫ(УК-1,ПК-5,ПК-6,ПК-9)

- 1) острое
- 2) подострое
- 3) хроническое с обострениями
- 4) хроническое без обострений
- 5) возможны все перечисленные варианты

3. БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ(ПК-5)

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

4. ВОЗБУДИТЕЛЬ ЛЕПРЫ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ (ПК-5)

- 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

5. ДЛЯ «ЛЬВИННОГО ЛИЦА» ПРИ ЛЕПРЕ НЕ ХАРАКТЕРНЫ (УК-1,ПК-1,ПК-5,ПК-6,ПК-9)

- 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

6. УЗЛЫ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОЙ ЛЕПРЕ(ПК-5)

- 1) не возвышаются над уровнем кожи и обнаруживаются лишь при пальпации
- 2) возвышаются над уровнем кожи
- 3) захватывают подкожную клетчатку
- 4) проникают в кости
- 5) возвышаются над уровнем кожи; захватывают подкожную клетчатку; проникают в кости

7. ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ РАЗВИВАЮТСЯ(УК-1,ПК-1,ПК-3,ПК-5)

- 1) хронические отеки и слоновость
- 2) пахово-бедренные адениты
- 3) изъязвления
- 4) расстройства чувствительности
- 5) хронические отеки и слоновость, пахово-бедренные адениты, изъязвления, расстройства чувствительности

8. БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ(ПК-5)

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

9. БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ(ПК-5)

- 1) лежат изолированно
- 2) сливаются и немногочисленные
- 3) многочисленные
- 4) лежат изолированно, сливаются и немногочисленные, многочисленные
- 5) не сливаются

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ СИМПТОМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ЯВЛЯЮТСЯ(УК-1,ПК-1,ПК-2,ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-9)

- 1) парезы, параличи
- 2) атрофия, трофические язвы, мутиляции
- 3) контрактуры, деформации кистей и стоп
- 4) лагофтальм
- 5) парезы, параличи; атрофия, трофические язвы, мутиляции; контрактуры, деформации кистей и стоп; лагофтальм

11. ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, ГЛАЗ ВСТРЕЧАЮТСЯ(УК-1,ПК-1)

- 1) постоянно

- 2) часто
- 3) редко
- 4) не встречается
- 5) постоянно; часто

12. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЛЕПРЫ(ПК-6)

- 1) клеточный состав гранулемы
- 2) микобактериальная насыщенность
- 3) количество и расположение лимфоцитов
- 4) инфильтрация периферических нервов и субэпидермальной зоны
- 5) клеточный состав гранулемы; микобактериальная насыщенность; количество лимфоцитов; инфильтрация нервов и субэпидермальной зоны

5.2. Основные понятия и положения темы.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

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

ЭТИОЛОГИЯ:

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

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

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

Инкубационный период составляет несколько лет.

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

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

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

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

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

Осложнения у больных лепрой.

Наиболее частыми осложнениями у больных лепрой являются:

1. Язвы в местах травм на потерявших чувствительность конечностях.
2. Лепроматозная реакция, наблюдаемая после успешной лекарственной терапии.

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

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

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

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

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

Диагноз проказы выставляется на основании следующих признаков:

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

Проводят дифференциальный диагноз:

1. с сифилисом,
2. с витилиго,

3. с токсикодермией,
4. с туберкулезной волчанкой

ЛЕЧЕНИЕ:

Принципы лечения:

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

Противолепрозные средства:

Дапсон и рифампицин курсами от 3 до 6 месяцев В начале 1900-х гг. в Бирме был разработан растительный препарат – хаулмугровое масло. Было обнаружено, что масло обладает слабым противолепрозным действием, поэтому оно стало первым препаратом, дающим эффект при лечении лепры. Первым высокоэффективным противолепрозным препаратом стал дапсон (диафенилсульфон), впервые использованный в начале 1940-х гг. в лепрозории в Карвилле (штат Луизиана, США), который до сих пор играет важную роль при лечении проказы во всем мире. Однако в 1960-1970 гг. появились резистентные к препарату штаммы *M. leprae*. Около половины вновь заболевших поражены этими устойчивыми штаммами.

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:

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

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

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

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Работа со специальной литературой и муляжами.
2. Реферативные сообщения.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

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

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

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

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

Имеется атрофия мелких костей пальцев рук.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?
3. Этиология и патогенез заболевания
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
5. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?

Задача №2

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?
3. Этиология и патогенез заболевания
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
5. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?

Задача №3

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?
3. Этиология и патогенез заболевания
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
5. Где должен получать лечение больной?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Современное представление об этиологии и эпидемиологии лепры.
2. Диагностика лепры.
3. Клиническая характеристика форм лепры.
4. Дифференциальная диагностика лепры.
5. Современные и традиционные методы лечения больных лепрой.
6. Тактика ведения больных лепрой.

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

1. Современные данные об этиологии и эпидемиологии лепры.
2. Диагностика лепры.
3. Алгоритм обследования больных с лепрой.
4. Характеристика клинических форм лепры.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	1	
2.	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017	3	

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
	дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб.пособие				
3.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015	3	

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

для специальности Дерматовенерология

клиническая ординатура

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №15

**ТЕМА: «Вирусные заболевания. Этиология. Патогенез.
Клинические формы. Диагностика. Принципы лечения»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.15

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №15

Тема: «Вирусные заболевания. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Принципы лечения»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание диагностики, клинических особенностей и дифференциальной диагностики вирусных заболеваний кожи необходимы дерматовенерологам, учитывая большую распространенность, многообразие клинических форм, канцерогенные свойства вирусов, полиорганность поражения при этих заболеваниях.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);
 - готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению вирусных заболеваний.

знать:

- этиологию и эпидемиологию вирусных заболеваний кожи.
- классификацию вирусных заболеваний кожи.
- клинические проявления вирусных заболеваний кожи.

уметь:

- проводить пальпацию кожи, диаскопию элементов сыпи.
- удалять контагиозный моллюск.
- удалять бородавки, остроконечные кондиломы, папилломы.

владеть:

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ДЛЯ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ (УК-1, ПК-6)

- 1) гнойнички, язвы
- 2) узелки, чешуйки
- 3) папулы, волдыри
- 4) бугорки
- 5) пузырьки, эрозии

2. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПРОСТОГО ГЕРПЕСА (ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) склонность к рецидивированию
- 2) хроническое длительное течение без периодов ремиссий
- 3) начало заболевания преимущественно в пожилом возрасте
- 4) возникновение рецидивов после нервного перенапряжения
- 5) провоцирующее воздействие нарушений в диете

3. ДЛЯ ПАПУЛ ПРИ КОНТАГИОЗНОМ МОЛЛЮСКЕ ХАРАКТЕРНО(ПК-1,ПК-6,ПК-9)

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

4. ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС (ПК-5,ПК-6)

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

5. ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНЫ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

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

6. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОСТОГО И ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА ПРИМЕНЯЮТ (ПК-6, ПК-9)

- 1) синафлан
- 2) линимент госсипола
- 3) ихтиоловую мазь
- 4) серную мазь
- 5) мидифокс

7. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕСОМ ПРОВОДИТСЯ (ПК-5,ПК-6,ПК-9)

- 1) интерфероном
- 2) поливалентной герпетической вакциной

- 3) пирогеналом
 - 4) иммуноглобулином
 - 5) левамизолом
8. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕСОМ (ПК-5,ПК-6,ПК-9)
- 1) интерферон
 - 2) поливалентная герпетическая вакцина
 - 3) пирогенал
 - 4) иммуноглобулин
 - 5) левамизол
9. К ПРОТИВОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ(ПК-6)
- 1) ламизил
 - 2) метисазон
 - 3) нистатин
 - 4) фуцидин
 - 5) дифлюкан
10. ПРОТИВОВИРУСНОЕ ДЕЙСТВИЕ АЦИКЛОВИРА ОБУСЛОВЛЕНО (ПК-6)
- 1) замедлением репликации вирусной РНК
 - 2) замедлением репликации вирусной ДНК
 - 3) повреждением клеточной стенки
 - 4) действием ацикловир-дифосфата
 - 5) повышением иммунологической реактивности организма
11. ПОЛИВАЛЕНТНАЯ ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ВАКЦИНА НАЗНАЧАЕТСЯ БОЛЬНЫМ(ПК-6)
- 1) простым герпесом в остром периоде
 - 2) простым герпесом в период обратного-развития высыпаний
 - 3) рецидивирующим герпесом в период полной ремиссии
 - 4) рецидивирующим герпесом в период неполной ремиссии
 - 5) во всех перечисленных случаях
12. ОГРАНИЧЕННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОВИРУСНЫХ СРЕДСТВ СВЯЗАНО (ПК-6)
- 1) с сильным токсическим действием на клетки организма больного и низкими антивирусными свойствами
 - 2) с отсутствием противовирусных антибиотиков
 - 3) с плохим проникновением препаратов в кожу
 - 4) с плохим проникновением препаратов в нервные ганглии
 - 5) правильного ответа нет
13. ВИРУС, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС, ИДЕНТИЧЕН (ПК-5)
- 1) вирусу простого герпеса типа 1
 - 2) вирусу ветряной оспы
 - 3) вирусу простого герпеса типа 2
 - 4) коксовирусу

- 5) цитомегаловирусу
14. ОСОБЕННОСТЬЮ ДЕРМАТОЗОВ, ВЫЗВАННЫХ ПАПИЛЛОМАВИРУСОМ ЧЕЛОВЕКА И ВИЧ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)
- 1) генерализованность поражений
 - 2) высокая частота рецидивов
 - 3) резистентность к терапии
 - 4) необычность клинических проявлений
 - 5) генерализованность поражений; высокая частота рецидивов; резистентность к терапии; необычность клинических проявлений
15. ПРИ КОРРЕКЦИИ ДОЗЫ АЦИКЛОВИРА ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)
- 1) СОЭ
 - 2) клиренс креатинина
 - 3) уровень эритроцитов и гемоглобина
 - 4) концентрация IgG
 - 5) время кровотечения
16. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ПОЯВЛЕНИЮ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК, ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6)
- 1) гипергидроз
 - 2) микоз стоп
 - 3) снижение иммунитета
 - 4) применение антибиотиков
 - 5) травматические повреждения

5.2. Основные понятия и положения темы.

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

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

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

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

- Пневмотропные – грипп, пневмония;
- Пантропные – корь, гепатит;
- Нейротропные – полиомиелит, бешенство;
- Нейродерматропные – оспа, герпесы, ящур;

Дерматропные:

- эпидермальные (папилломы, себорейные кератомы, юношеские бородавки, вульгарные бородавки, верруциформная эпидермодисплазия, подошвенные бородавки, остроконечные кондиломы);
- дегенеративные с явлением цитоллиза (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

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

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

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

Опоясывающий герпес (опоясывающий лишай, *herpes zoster*)

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

Лечение.

При простом герпесе применяют противовирусные препараты: ацикловир, валтрекс, 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% флориналеву; 3% мегасиновую; 0,25–3% оксодиновую; 0,5–2% теброфеновую; 2–5% алпизариновую; 0,25–1% ридоксоловую мази; 3% линимент госсипола, которые наносят на очаг поражения 4–6 раз в сутки в течение 5–7 дней.

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

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

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

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

Клиническая картина вирусных бородавок

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

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

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

Верруциформная эпидермодисплазия Левандовского–Лютца – хроническое редкое заболевание, развивающееся в детском возрасте вследствие врожденного дефекта иммунитета. Высыпания локализуются на коже кистей, предплечий, голени, реже на других местах.

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.

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.

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

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

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

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

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

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

5. Выпишите рецепты

Задача №2

На прием к врачу обратился больной 25 лет с жалобами на высыпания на коже рук. ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания появились примерно год тому назад. Больной пытался срезать их, выжигал уксусной эссенцией, но они вновь возникали, сливаясь и увеличиваясь в размерах.

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

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

Задача №3

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

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

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже рук и живота расположены многочисленные узелки, плотной консистенции, цвета нормальной кожи с перламутровым оттенком. Размер узелков от 0,1 до 0,5 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?
5. Алгоритм обследования при этой патологии.

Задача №4

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

ИЗ АНАМНЕЗА. Четыре дня назад после переохлаждения больной почувствовал озноб, недомогание, расстройство сна. Появились пузырьковые высыпания на лице и в полости рта. Появление высыпаний сопровождалось чувством жжения и покалывания. Подобные высыпания больной отмечает в течение последних 3-х лет, ежегодно - 2 раза в год

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

1. Поставьте диагноз.

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

Задача № 5

На прием к врачу обратился мужчина 52 –х лет с жалобами на высыпания в виде пузырьков на лице и слизистой полости рта. Беспокоят недомогание, озноб, повышение температуры тела до 38,5°C.

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

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

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

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Клинические формы вирусных дерматозов.
2. Герпесвирусные заболевания кожи.
3. Папилломавирусные заболевания кожи.
4. Контагиозный моллюск.
5. Узелки доильщиц.
6. Современные методы лечения вирусных дерматозов.

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

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

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	
2.	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб.пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017	3	
3.	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб.пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов	Красноярск : КрасГМУ, 2014		

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами
---	--

	ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

для специальности Дерматовенерология

клиническая ординатура

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №16

**ТЕМА: «Дерматиты. Этиология. Патогенез.
Клинические проявления. Принципы лечения»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.16

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №16

Тема: «Дерматиты. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы лечения»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей дерматитов необходимо дерматологам, учитывая очень большую распространенность этих заболеваний.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

- учебная: подготовить специалистов по диагностике, лечению и профилактике дерматитов.

-знать:

- определение понятия «дерматит»;
- принципиальные различия в патогенезе простых и аллергических дерматитов;
- клинические проявления простых и аллергических дерматитов;
- методы диагностики и лечения;
- возможные причины профессиональных дерматитов

-уметь:

- осмотреть больного, определить высыпные элементы;
- поставить предварительный диагноз;

- наметить план лабораторного обследования;
- провести накожную капельную и аппликационную аллергическую пробу;
- провести рациональную наружную терапию.

-владеть:

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ОБЛИГАТНЫМИ РАЗДРАЖИТЕЛЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) концентрированные кислоты
- б) полимеры
- в) синтетические моющие средства
- г) слабые растворы щелочей
- д) слабые растворы кислот

2. К ФИЗИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВЫЗВАТЬ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ, ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) растения
- б) воздействия низких и высоких температур
- в) кислоты
- г) щелочи
- д) полимеры

ПРИ КОНТАКТНОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ НАИМЕНЕЕ ПОРАЖАЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6)

- а) веки
- б) шея
- в) половые органы
- г) руки
- д) ладони

4. РАЗДРАЖИТЕЛИ, НЕ ВЫЗЫВАЮЩИЕ ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) механические
- б) физические
- в) биологические
- г) психоэмоциональные
- д) химические

5. ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ПРОСТОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- а) рецидивирующий
- б) острый
- в) подострый

- г) хронический
- д) латентный

6. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КОНТАКТНОГО ПРОСТОГО ДЕРМАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- а) боль
- б) жжение
- в) эритема
- г) четкие очертания
- д) нерезкие границы

7. ДЛЯ ПРОСТОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- а) четкие границы
- б) локализация в местах контакта с раздражителем
- в) появление волдырей
- г) гиперемия
- д) жжение

8. ДЛЯ ОЖОГА, ВЫЗВАННОГО КОНЦЕНТРИРОВАННОЙ ЩЕЛОЧЬЮ НЕ ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- а) сухой струп
- б) мягкий струп
- в) нечеткие границы
- г) постепенное распространение некроза в глубь и по периферии
- д) рыхлый струп

9. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) зуд
- б) боль
- в) жжение
- г) эритема
- д) нерезкие границы

10. ПРИ КОНТАКТНОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ НАИМЕНЕЕ ПОРАЖАЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) веки
- б) шея
- в) половые органы
- г) руки
- д) ладони

11. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- а) моновалентная чувствительность
- б) поливалентная чувствительность

- в) высыпания по всему кожному покрову
- г) доминируют мокнущие и серозные колодцы
- д) эволюционный полиморфизм

5.2. Основные понятия и положения темы.

ДЕРМАТИТЫ ПРОСТЫЕ И АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ

Общие сведения

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

Этиология. Причинами контактных дерматитов являются:

1. Физические факторы – трение, давление, высокие и низкие температуры, инфракрасные, ультрафиолетовые, рентгеновские лучи, ионизирующая радиация, электрический ток, лазерное излучение.
2. Химические факторы – кислоты, щелочи, соли, сложные органические соединения и пр.

ПРОСТЫЕ ДЕРМАТИТЫ, ВЫЗВАННЫЕ ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

Простой контактный дерматит

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

- воспалительные изменения кожи возникают сразу после действия повреждающего фактора;
- площадь простого дерматита равна площади воздействия фактора;
- границы поражения четкие;
- клиника зависит от интенсивности и времени воздействия фактора;
- жалобы больного на боль и жжение;
- зуд не характерен.

ПРОСТЫЕ ДЕРМАТИТЫ, ВЫЗВАННЫЕ ХИМИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

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

Лучевые поражения кожи (фотодерматозы)

Дерматиты от воздействия инфракрасного излучения

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

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

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).

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

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

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

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

Аллергический дерматит

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

Этиология и патогенез. Чаще всего аллергический дерматит вызывают моющие средства (стиральные порошки, моющие и чистящие средства для посуды и др.), красители, синтетические смолы, лекарственные препараты (антибиотики, новокаин, сульфаниламиды и др.), косметические средства, соли хрома, никеля, кобальта и др. Клиническая картина. Аллергический дерматит может быть острым, подострым и хроническим. Острый аллергический дерматит чаще всего возникает на открытых участках кожи и проявляется мелкими сгруппированными пузырьками, возникающими на фоне эритемы и отека. Эти проявления обычно расположены асимметрично, нечетко очерчены, часто выходят за пределы места контакта кожи с аллергеном и сопровождаются жжением и зудом. Многочисленные мелкие пузырьки вскрываются, образуя мелкие эрозии, которые стойко отделяют капельки серозного экссудата.

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

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

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

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний.

Задача №1

На прием к дерматологу обратилась женщина 22-х лет с жалобами на высыпания на красной кайме губ, сопровождающиеся чувством зуда и жжения.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной около двух месяцев. Сначала на губах появилось покраснение и незначительное шелушение, затем на красной кайме губ появились мелкие трещинки, а потом и мелкие пузырьки. Начало заболевания связывает с тем, что стала пользоваться помадой другой фирмы. Сопутствующие заболевания - хронический холецистит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на красной кайме губ. На фоне эритемы отмечается шелушение, трещины, единичные пузырьки с прозрачным содержимым

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение данному заболеванию
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
4. Критерии эффективности лечения.
5. Ваши рекомендации больной после клинического выздоровления

Задача №2

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

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

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

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

Задача №3

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

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

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

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

Задача №4

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

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

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

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

Задача №5

В кожно-венерологический диспансер машиной скорой помощи доставлена больная.

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите этиологические варианты заболевания?
3. Перечислите диагностические критерии заболевания.
4. Какие неотложные мероприятия необходимо провести?
5. Основные принципы лечения заболевания.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Этиология и патогенез дерматитов.
2. Особенности клинических проявлений простого контактного дерматита и аллергического дерматита.
3. Дифференциальная диагностика дерматитов;
4. Традиционные методы лечения больных дерматитами.

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

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

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	
2.	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб.пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017	3	

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

для специальности Дерматовенерология

клиническая ординатура

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №17

ТЕМА: «Токсикодермии. Синдром Лайелла»

Индекс темы ОД.О.01.1.2.17

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №17

Тема: «Токсикодермии. Синдром Лайелла»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики токсикодермий необходимо дерматологам, учитывая очень большую распространенность, многообразие клинических форм, трудности дифференциальной диагностики, нередко тяжесть течения токсикодермий.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

- учебная: подготовить специалистов по диагностике, лечению и профилактике токсикодермий.

-знать:

- этиопатогенетические факторы развития токсикодермий.
- классификацию токсикодермий.
- клинические формы токсикодермий.
- тактику лечения и ведения больных с синдромом Лайелла.

-уметь:

- определять первичные и вторичные морфологические элементы сыпи.
- использовать методы пальпации кожи, проведения поскабливания и диаскопии элементов сыпи.
- составлять алгоритм обследования больного.

-владеть:

– диагностическими тестами, позволяющими верифицировать токсикодермии.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ СЫПИ ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ (ПК-1, ПК-5)

- 1) пятно
- 2) пузырек
- 3) волдырь
- 4) пузырь
- 5) узелок

2. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА ИСПОЛЬЗУЮТ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- 1) кортикостероиды
- 2) тигазон
- 3) рентгенотерапию
- 4) ПУВА-терапию
- 5) гемодез

3. БЫСТРЕЕ ВСЕХ ПРИВЕДЕТ К РАЗРЕШЕНИЮ ОТЕКА КВИНКЕ (ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- 1) преднизолон
- 2) пипольфен
- 3) адреналин
- 4) глюконат кальция
- 5) димедрол

4. ТОКСИКОДЕРМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) бурной воспалительной реакцией кожи
- 2) отсутствием эритемы
- 3) хорошим общим состоянием
- 4) медленным регрессом после устранения контакта с аллергеном
- 5) хроническим течением

5. ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТОКСИДЕРМИИ НАЗНАЧАЮТ (ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

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

6. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- 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

7. БОЛЬНОМУ С СИНДРОМОМ ЛАЙЕЛЛА НАЗНАЧАЮТ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

- 1) антибиотики
- 2) кортикостероиды
- 3) сульфаниламиды
- 4) витамины
- 5) цитостатики

8. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8) ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) полиоксидоний
- 2) циклоспорин
- 3) рентгенотерапию
- 4) терапию H1-гистаминоблокаторами

9. ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАРУЖНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ (ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- 1) к полному выздоровлению
- 2) к подавлению глюкокортикоидной функции коры надпочечников
- 3) к гипертрофии эпидермиса
- 4) к выпадению пушковых волос
- 5) к частым рецидивам

10. ВЕЩЕСТВАМИ СЕНСИБИЛИЗАТОРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) полимеры
- 2) соли тяжелых металлов
- 3) фосфорорганические и хлорорганические пестициды и инсектициды
- 4) медикаменты
- 5) полимеры, соли тяжелых металлов, фосфорорганические и хлорорганические пестициды и инсектициды, медикаменты

5.2. Основные понятия и положения темы.

ТОКСИКОДЕРМИИ

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

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

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

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

Лекарственные токсикодермий могут вызываться самыми разнообразными препаратами, наиболее частыми являются антибиотики, сульфаниламиды, анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты, антималярийные средства, барбитураты, витамины

группы В, галоиды (препараты брома, йода, хлора). Однако токсикодермию могут вызвать любые лекарственные средства, даже антигистаминные препараты и препараты из группы глюкокортикостероидов.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Хроническая узловатая эритема характеризуется хроническим рецидивирующим течением с обострениями в холодное и сырое время года (весна, осень). Также проявляется воспалительными рецидивирующими узлами на коже голени. Возникает преимущественно у женщин среднего возраста на фоне очагов хронической инфекции или неопластических процессов в органах малого таза. Общие проявления редки.

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

Показатели тяжести течения токсикодермий:

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

- изменения показателей периферической крови (ускоренная СОЭ, лейкоцитоз с эозинофилией, анемия, тромбоцитопения).

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

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 лейкоцитолита, торможения миграции лейкоцитов, моноцитарный тест, тесты дегрануляции базофилов и бласттрансформации лимфоцитов и др.

Дифференциальная диагностика токсикодермий основана на определении высыпных элементов на коже и слизистых оболочках больного.

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

В отличие от токсикодермий, при вторичном сифилисе розеолезные высыпания 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). Необходим тщательный осмотр видимых слизистых оболочек. Для исключения сифилиса проводят дополнительную лабораторную диагностику.

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

В случае 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 микидами. У больных с атопическим статусом токсикодермия чаще проявляется пятнисто-везикулезной сыпью.

Волдырный вариант токсикодермии следует дифференцировать от различных видов крапивницы (физическая, контактная, наследственная, психогенная) и волдырей, возникающих при ряде других кожных заболеваний (дерматоз Дюринга, почесуха,

аллергический васкулит, паразитарные заболевания, мастоцитоз) и являющихся лишь фрагментом общей многообразной клинической картины.

Лечение токсикодермии включает в себя следующие направления:

1. Максимально возможное устранение действия этиологического фактора (отмена ранее принимаемых лекарственных препаратов, продуктов питания и пр.).

2. Патогенетическое лечение – детоксирующая и противоаллергическая терапия.

В качестве детоксикации целесообразно обильное питье, мочегонные препараты, очищение кишечника, энтеросорбенты, внутривенное струйное введение 25% раствора тиосульфата натрия. В тяжелых случаях – внутривенное капельное введение гемодеза, физиологического раствора, 5% раствора глюкозы, проведение плазмафереза.

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

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

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 и патогенез. ТЭН – токсико-аллергический синдром, причинами которого могут быть лекарственные средства, токсины вирусов и бактерий, их сочетание. Несомненное значение имеет генетическая предрасположенность пациента к аллергическим реакциям (атопический фон). Как правило, заболеванию предшествует какая-либо инфекция (рецидив герпеса, грипп, ОРВИ, ангина и пр.) и применение лекарственных средств из групп сульфаниламидов, антибиотиков, барбитуратов, производных пиразолона. Сочетание этих причинных факторов может «запустить» все виды аллергических и токсических реакций.

Клиническая картина. Выделяют 4 фазы ТЭН – продромальную, эруптивную, фазу кризиса, выздоровление. Заболевание возникает через несколько часов или суток после приема лекарственных препаратов. Начало заболевания острое, внезапное, быстро прогрессирует.

Диагностика и дифференциальная диагностика. На ранних стадиях развития ТЭН (до клинических проявлений отслойки эпидермиса) заболевание дифференцируют от токсикодермий.

Основанием для установления диагноза ТЭН являются следующие признаки:

- внезапное начало, быстрое нарастание температуры тела;
- тяжелое общее состояние;
- быстро распространяющаяся и сливающаяся эритема, на фоне которой появляются очаги геморрагии;
- болезненность кожи в зоне геморрагии;
- отслойка эпидермиса и формирование гигантских пузырей и эрозий (симптом «обожженной кожи»);
- выраженный симптом сползания эпидермиса;
- отсутствие эозинофилов в периферической крови.

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

Основными принципами лечения являются:

1. Этиотропная терапия – устранение фактора, вызвавшего ТЭН.

2. Патогенетическая терапия – интенсивная детоксикация организма, противоаллергическая и противовоспалительная терапия.

3. Симптоматическая терапия – коррекция водно-электролитного, белкового, кислотно-щелочного баланса, борьба с вторичной инфекцией, обезболивание, тщательный уход за кожей и др.

При констатации ТЭН проводят неотложные мероприятия:

- Внутривенное капельное введение детоксицирующего раствора (изотонический раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы).
- Внутривенное капельное введение 200-300 мг преднизолона. Больной должен быть госпитализирован в реанимационное отделение, желательнее в ожоговый центр.

В условиях реанимационного отделения проводят следующую терапию:

Преднизолон per os 100-200 мг в сутки (при невозможности глотать или при сопутствующей язвенной болезни желудка преднизолон вводят внутривенно капельно 300-400 мг/сут).

Внутривенное введение детоксицирующих растворов не менее 1,5-2 л в день под контролем функции почек и сердца.

Коррекция нарушений водно-солевого, белкового, кислотно-щелочного баланса организма.

При обширных эрозиях на коже и слизистых оболочках, а также для профилактики пневмонии и септических осложнений назначают парентерально антибиотики широкого спектра действия новейших поколений.

По необходимости вводят анальгетики.

Наружный уход за кожей осуществляют как при ожоговой болезни с применением современных технологий.

В случае достижения устойчивого положительного результата, эпителизации основных поражений, уменьшения интоксикации, нормализации температуры тела и функций внутренних органов суточную дозу преднизолона постепенно снижают, вплоть до полной отмены препарата через 1,5-2 месяца лечения.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

ЗАДАЧА №1

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

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Какие лабораторные методы исследования могут подтвердить причину возникновения заболевания?
3. Составьте план лечения больного.
4. Рекомендации больному после клинического выздоровления.
5. Выпишите рецепты антигистаминного и гипосенсибилизирующего препаратов.

ЗАДАЧА №2

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

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

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит генерализованный характер, поражен весь кожный покров. Кожа имеет вид «ошпаренной кипятком». На фоне эритемы располагается большое количество дряблых пузырей. Содержимое пузырей серозное. При потягивании за 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

ЗАДАЧА №3

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

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

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

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

ЗАДАЧА №4

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

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

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

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

ЗАДАЧА №5

В кожно-венерологический диспансер машиной скорой помощи доставлена больная.

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите этиологические варианты заболевания?
3. Перечислите диагностические критерии заболевания.
4. Какие неотложные мероприятия необходимо провести?
5. Основные принципы лечения заболевания.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Определение токсикодермии.
2. Классификация, этиология и патогенез токсикодермий.
3. Клиническая картина различных видов токсикодермий.
4. Методы клинико-лабораторной диагностики токсикодермий.
5. Принципы терапии токсикодермий.

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

1. Неотложная помощь при синдроме Лайелла.
2. Дифференциальная диагностика дерматитов и токсикодермий.
3. Алгоритм лечения больных токсикодермиями: принципы лечения в зависимости от активности процесса, общее лечение, наружное лечение.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	
2.	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017	3	

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
	дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс]				

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

для специальности Дерматовенерология

клиническая ординатура

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №18

**ТЕМА: «Экзема. Этиология. Патогенез. Клинические формы.
Дифференциальная диагностика. Принципы лечения»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.18

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева

Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №18

Тема: «Экзема. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики экземы необходимо дерматологам, учитывая очень большую распространенность, многообразие клинических форм экземы.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

- учебная: подготовить специалистов по диагностике, лечению и профилактике экземы.

- знать:

— патогенез, клинические проявления и принципы диагностики экземы

- уметь:

— осмотреть больного, оценить высыпные элементы;

— поставить предварительный диагноз;

— наметить план обследования;

— назначить рациональную общую и наружную терапию.

-владеть:

– диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ(УК-1,ПК-1,ПК-5,ПК-6)

- 1) симметричное расположение очагов
- 2) асимметричное расположение очагов
- 3) появление буллезных элементов
- 4) наличие резких границ очагов поражения
- 5) появление бугорков

2. ДЛЯ СЕБОРЕЙНОЙ ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНО(УК-1,ПК-1,ПК-5,ПК-6)

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

3. БОЛЬНОМУ С ОСТРОЙ МОКНУЩЕЙ ЭКЗЕМОЙ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ (УК-1,ПК-1,ПК-6,ПК-8):

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

4. ВО ВРЕМЯ МОКНУТИЯ И ВЕЗИКУЛЯЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ(УК-1,ПК-1,ПК-6,ПК-8):

- 1) нитрофунгин
- 2) резорциновую примочку 1%, раствор цинка сульфата 0.25%
- 3) 10% серную мазь на вазелине
- 4) бензилбензоат
- 5) формалиновую мазь

5. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ЭКЗЕМЫ (УК-1,ПК-1,ПК-5)

- 1) папилломатоз
- 2) баллонирующая дистрофия
- 3) гиперкератоз
- 4) спонгиоз
- 5) акантолиз

6. ДЛЯ ЭКЗЕМЫ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО(УК-1,ПК-1,ПК-2,ПК-5,ПК-6)

- 1) локализация в области лица

- 2) мозаичные рубцы
- 3) отсутствие мокнутия
- 4) симптом Бенье положительный
- 5) симптом Никольского

7. ФАКТОРЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ЭКЗЕМУ(УК-1,ПК-1,ПК-5,ПК-6)

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

8. ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАРУЖНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ (УК-1,ПК-1,ПК-6,ПК-8,ПК-9)

- 1) к полному выздоровлению
- 2) к подавлению глюкокортикоидной функции коры надпочечников
- 3) к гипертрофии эпидермиса
- 4) к выпадению пушковых волос
- 5) к частым рецидивам

9. ПУТИ ЭЛИМИНАЦИИ АЛЛЕРГЕНОВ ИЗ КОЖИ(УК-1,ПК-1)

- 1) катаболический
- 2) иммунный
- 3) транспортный
- 4) анаболический
- 5) катаболический, иммунный, транспортный

10. ХАРАКТЕРНАЯ ЧЕРТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭКЗЕМЫ(УК-1,ПК-1,ПК-2,ПК-5,ПК-6,ПК-8):

- 1) поражение преимущественно стоп
- 2) связь с психотравмами
- 3) быстрый регресс в условиях стационара
- 4) поражение преимущественно кистей
- 5) поражение кистей и предплечий; связь с психотравмами; быстрый регресс в условиях стационара

5.2. Основные понятия и положения темы.

Этиология и патогенез. Экзематозная реакция является проявлением гиперчувствительности замедленного типа в ответ на повторные воздействия аллергенов при подавлении клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Часто экзогенная экзема развивается из аллергического контактного дерматита при частых его рецидивах и формировании у пациента поливалентной сенсibilизации и аутосенсibilизации.

В группе микробной экземы на возникновение экзематозной реакции в равной степени влияют как экзогенный фактор (микробная флора), так и эндогенный - приобретенное временное локальное расстройство регуляции функций кожи. Длительно действующие хронические дистрофические нарушения в коже или субтоксические кумулирующиеся

воздействия приводят к дисрегуляторным местным изменениям ее функции и строения. Существенными патогенетическими элементами для этой группы являются дисгидроз, высушивание или ощелачивание рогового слоя, нарушение липидной и водной мантии поверхности кожи, нарушение микроциркуляции в дерме с атрофией. Обратимые локальные дефекты защитной функции кожи приводят к количественной и качественной диссоциации резидентной микробной флоры. Факультативно патогенная резидентная микрофлора (ее токсико-метаболические субстанции) выступает в качестве суперантигенов и оказывает существенное влияние на иммунный ответ.

Клинические проявления. Чаше экзема возникает на открытых местах, доступных для разнообразных воздействий внешней среды (кисти, лицо, стопы, голени). Независимо от локализации морфологические проявления заболевания остаются одинаковыми.

В острой фазе экзема проявляется высыпанием на гиперемированной и слегка отечной коже мелких тесно сгруппированных папул, быстро трансформирующихся в мельчайшие пузырьки (микровезикулы), которые располагаются группами и не сливаются между собой. Быстро вскрываясь, пузырьки образуют мелкие точечные эрозии, отделяющие серозный экссудат.

Профессиональная экзема возникает в результате контакта кожи с химическими веществами в условиях работы. Она обычно развивается после рецидивов профессионального аллергического дерматита, клинически ничем не отличаясь от экземы другого происхождения.

Нуммулярная (от лат. numularis - похожая на монету), или бляшечная, экзема в прошлом расценивалась только как разновидность микробной экземы. В настоящее время показано, что она может иметь и другую этиологию (возникает при атопии и токсидермии). На коже конечностей, реже туловища образуются круглые резко отграниченные от окружающей кожи, слегка возвышающиеся эритематозные бляшки диаметром 1,5-3 см и более, состоящие из тесно сгруппированных мелких папул, микровезикул и мелких эрозий, расположенных на гиперемированной коже.

Лечение. В тех случаях, когда доминируют преимущественно экзогенные факторы, важно максимально исключить воздействие на кожу разнообразных контактных аллергенов и раздражителей. При наличии у пациента одной из форм экземы, входящей в группу преимущественно эндогенного варианта болезни, помимо максимального ограждения кожи от аллергенов и раздражителей важно назначать лечение, которое применяют при обострениях атопического дерматита (антигистаминные, седативные, снотворные, десенсибилизирующие средства). При микробной экземе важно рационально воздействовать на исходный микробный (грибковый) очаг поражения, определить и нормализовать локальные нарушения (микроциркуляторные, нейротрофические и др.) в регуляции защитной функции кожи.

Наружное лечение проводят с учетом стадии экземы так же, как и пациентов с аллергическим дерматитом. Выбор форм и средств наружной терапии обуславливается выраженностью и особенностями воспалительной реакции кожи.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение истории болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

ЗАДАЧА №1

На прием к дерматологу обратилась женщина 35 лет с жалобами на высыпания на коже рук и туловища, сопровождающиеся умеренным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 2-х лет. Отмечала появление высыпаний на руках при использовании стирального порошка. Высыпания исчезали после применения кортикостероидных мазей. При повторных контактах с порошком высыпания появлялись вновь и носили более стойкий характер. В течение последних 3-х месяцев сыпь на кистях полностью не исчезает, несмотря на исключение контактов со стиральным порошком.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс симметричный, локализуется на коже тыльных поверхностей кистей, на предплечьях и туловище. Представлен очагами с нечеткими границами. В очагах на фоне ярко выраженной эритемы и отека множественные микровезикулы с серозным содержимым, эрозии, серозно-геморрагические корки, эксфолиации, мелкокапельное мокнутие. На предплечьях и коже туловища эритематозно-сквамозного характера элементы сыпи, единичные везикулы, эксфолиации.

Поставьте диагноз.

Этиология и патогенез заболевания

Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания

Составьте план обследования больной

Принципы лечения заболевания

ЗАДАЧА №2

К дерматологу обратилась больная 25 лет с жалобами на обильное шелушение коже волосистой части головы, высыпания на коже лица, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение года. Сначала появилась обильная жирная «перхоть» на голове, затем покраснение за ушными раковинами, на лице. Самостоятельно лечилась мазью «Элоком», использовала шампунь «Низорал». На фоне лечения наблюдалось временное незначительное улучшение. Около 2-х месяцев назад высыпания на коже усилились и стали больше беспокоить.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на коже волосистой части головы, спины, лица, заушных складок. Представлен множественными очагами с нечеткими границами. В пределах очагов на фоне умеренно выраженной эритемы и отека жирные чешуйки желтоватого цвета, рыхлые корочки.

Поставьте диагноз.

Этиология и патогенез заболевания.

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?

Составьте план обследования больной

Принципы общей терапии заболевания.

ЗАДАЧА №3

На прием к дерматологу обратился больной 28 лет с жалобами на высыпания и зуд в области правой голени.

ИЗ АНАМНЕЗА. Неделю назад получил ожог правой голени. К врачу не обращался, самостоятельно не лечился. На месте ожога через пять дней появилось покраснение, затем возникла отечность голени, стал беспокоить зуд. Почти одновременно появились мокнутие, эрозии, корки. Сопутствующая патология – хронический тонзиллит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В средней трети правой голени на месте ожога имеются две язвочки величиной с крупную горошину, с гнойным отделяемым. Вокруг них – эритема с

четкими границами, милиарные папулы, везикулы, сплошное мокнутие. По периферии очага поражения – пустулы, гнойные корочки.

Поставьте диагноз.

Клиническая классификация заболевания

Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания

Составьте алгоритм обследования больного

Показания к консультациям других специалистов

ЗАДАЧА №4

На прием к дерматологу обратился больной 67 лет с жалобами на высыпания на коже туловища, рук и ног, сопровождающиеся умеренным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болеет около трех лет. Лечился амбулаторно у дерматолога. Получал наружную мазевую терапию. Последний рецидив заболевания связывает с нервным стрессом. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический холецистит, колит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуясь на коже туловища, верхних и нижних конечностей, лица. Симметричный. На фоне разлитой эритемы множественные везикулы, эрозии, очаги мокнутия, серозные корки. Лицо отечно, гиперемировано. Кожа тыла кистей лихенифицирована, покрыта пластинчатыми чешуйками, отмечаются поверхностные трещины.

Поставьте диагноз.

Перечислите характерные клинические признаки заболевания

Поливалентная или моновалентная сенсibilизация характерна для данного заболевания?

Критерии эффективности лечения.

Показания для госпитализации.

ЗАДАЧА № 5

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

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Этиология и патогенез развития экземы.

2. Классификация экземы.

3. Особенности клинических проявлений и течения экземы.

4. Диагностические тесты, позволяющие верифицировать данное заболевание.

5. Дифференциальная диагностика экземы.
6. Алгоритм обследования и лечения больных экземой.

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

1. Этиопатогенез экземы.
2. Клинические формы экземы.
3. Алгоритм обследования больных экземой.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	
2.	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб.пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017	3	

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

для специальности Дерматовенерология

клиническая ординатура

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №19

ТЕМА: «Псориаз. Парапсориазы»

Индекс темы ОД.О.01.1.2.19

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №19

Тема: «Псориаз. Парапсориазы»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики псориаза и группы парапсориазанеобходимы дерматологам, учитывая тяжесть течения и полиорганность поражения при этих заболеваниях.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

-готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

- учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению псориаза и парапсориаза .

- знать:

- этиологические и патогенетические факторы развития псориаза.
- классификацию группы парапсориаза.
- особенности клинических проявлений и течения псориаза.

- уметь

– Воспроизвести симптомы псориатической триады, симптом облатки при парапсориазе, феномен скрытого шелушения при парапсориазе, симптом Кончаловского-Румпеля-Леде.

– составить алгоритм обследования и лечения больных.

- владеть:

– диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ТИПИЧНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ПСОРИАЗЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) папулами
- 2) узлами
- 3) бугорками
- 4) волдырями
- 5) эрозиями

2. ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПЕРВОНАЧАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ПСОРИАЗА ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) кожа ладоней и подошв
- 2) кожа волосистой части головы
- 3) складки
- 4) ногтевые фаланги
- 5) разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов

3. ХАРАКТЕРНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПСОРИАЗА (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

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

4. СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ ПОРАЖАЮТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- 1) при артропатическом псориазе
- 2) при эритродермии
- 3) при генерализованном пустулезном псориазе
- 4) при универсальном псориазе
- 5) при себорейном псориазе

5. ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

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

6. КРАТКОВРЕМЕННОЕ НАЗНАЧЕНИЕ НЕБОЛЬШИХ ДОЗ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ПСОРИАЗЕ ПОКАЗАНО (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

- 1) всем больным
- 2) при быстром прогрессировании заболевания
- 3) при застарелом псориазе
- 4) при псориазе складок
- 5) при ладонно-подошвенном псориазе

7. ПРИНЦИПЫ ОБЩЕЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА(УК-1,ПК-1,ПК-2,ПК-5,ПК-6,ПК-8)

- 1) противовирусные средства
- 2) фунгицидные средства
- 3) антибиотики
- 4) сульфаниламиды
- 5) гипосенсибилизирующая и противовоспалительная терапия

8. В СТАЦИОНАРНУЮ СТАДИЮ ПСОРИАЗА НАЗНАЧАЮТСЯ МАЗИ(УК-1,ПК-1,ПК-2,ПК-5,ПК-6,ПК-8)

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

9. К ГРУППЕ ЛОКАЛЬНЫХ ПСОРИАЗИФОРМНЫХ ПУСТУЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ ОТНОСИТСЯ (УК-1, ПК-1,ПК-5,ПК-6)

- 1) герпетиформное импетиго Гебры
- 2) субкорнеальный пустулез Снеддона-Вилькинсона
- 3) бактериид Эндрюса
- 4) папулезный акродерматит детей
- 5) энтеропластический акродерматит

10.В ОСНОВЕ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ПУВА – ТЕРАПИИ ЛЕЖИТ(УК-1,ПК-1, ПК-5,ПК-6,ПК-8, ПК-9)

- 1) активация Т - клеточного иммунитета;
- 2) подавление клеточной пролиферации;
- 3) мембраностабилизирующее действие;
- 4) активация функции коры надпочечников;
- 5) активация меланоцитов.

11. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИНОК ПРИ ПСОРИАЗЕ (УК-1,ПК-1,ПК-2)

- 1) онихогрифоз;
- 2) онихошизис;
- 3) точечное вдавление;
- 4) изменение окраски;
- 5) онихолизис.

5.2. Основные понятия и положения темы.

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

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

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 псориазическими папулами (изолированными или сливными), либо гиперкератотическим, симулирующим омозолелости (псориазические 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 «псориазической 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.

Псориазическая 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.

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

Клинические формы псориаза:

- Вульгарный
- Перевернутый
- Псориатическая эритродермия
- Веррукозный
- Экссудативный
- Устрицеобразный

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

Формы ПА

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

Современные методы терапии псориаза

Системная терапия

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

Анти ФНО альфа – Инфликсимаб (ремикеид)

Наружная терапия псориаза

1. Кератолитики

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

Парапсориаз имеет три формы, которые согласно современным данным интерпретируют следующим образом: каплевидный парапсориаз следует отнести к ангииту дермальному папуло-некротическому; бляшечный парапсориаз – к лимфомам кожи (т.н. премикотическая стадия, или возможность постепенной трансформации в лимфому кожи); лихеноидный парапсориаз – как самостоятельное заболевание с возможной трансформацией в лимфому кожи.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

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

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

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

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

Задача №2

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

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ. Основные физиологические показатели в норме. Высыпания расположены симметрично на туловище и разгибательных поверхностях конечностей. Высыпания представлены розовыми бляшками, покрытыми серебристо-белыми

чешуйками. На туловище беспорядочно расположенные розовые шелушащиеся папулы. В перианальной области эритема и умеренное шелушение.

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

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

Задача №3

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

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен около четырех лет. Впервые осенью на разгибательной поверхности локтевых суставов появились высыпания красного цвета, покрытые чешуйками, затем подобные высыпания появились на коже туловища. Причину заболевания связывает с нервным перенапряжением на работе. Дважды лечился в стационаре. Обострения заболевания отмечает в зимнее время года, летом отмечает улучшение. У деда и дяди по материнской линии отмечает подобное заболевание.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже туловища, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, представлен множественными милиарными и лентикулярными папулами. На коже живота и спины крупные бляшки. Цвет элементов розово-красный, их поверхность покрыта серебристо-белыми чешуйками, по периферии ободок ярко-красного цвета. Наблюдается появление новых папул и их периферический рост. При поскабливании высыпаний появляется гладкая, блестящая поверхность, затем точечное кровотечение. Ногтевые пластинки утолщены, имеется симптом «наперстка».

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

Задача №4

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

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

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов имеются бляшки красного цвета размером 5x8 см, по всей поверхности покрытые серебристо-белыми чешуйками. Периферического роста бляшек, появления новых элементов не наблюдается. В области правого лучезапястного сустава, межфаланговых суставов кистей имеется припухлость. Деформация дистальных фаланговых суставов, движения в них ограничены. Ногтевые пластинки утолщены, имеется симптом «наперстка». При поскабливании бляшек наблюдаются феномены «стеаринового» пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения.

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

Задача №5

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

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Основные принципы лечения заболевания.
3. Наружная терапия в данной стадии дерматоза.
4. С чем связано широкое применение топических стероидов в лечении заболевания?
5. Симптомы, заставляющие подозревать артрит при отсутствии кожного поражения.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Этиология, патогенез псориаза.
2. Классификация и клинические формы псориаза.
3. Клиника псориаза.
4. Диагностика псориаза.
5. Современные методы лечения псориаза.
6. Парапсориаз – современное представление.

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

1. Современные аспекты этиологии и патогенеза псориаза.
2. Особенности диагностики и лечения псориазического артрита.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	
2.	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб.пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017..	3	
3.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015	5	

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

для специальности Дерматовенерология

клиническая ординатура

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №20

**ТЕМА: «Атопический дерматит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления.
Диагностика. Лечение»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.20

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №20

Тема: «Атопический дерматит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание диагностики, клинических особенностей и дифференциальной диагностики атопического дерматита необходимы дерматовенерологам, учитывая большую распространенность, многообразие клинических форм.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

-готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

- учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению атопического дерматита.

- знать:

– этиологические и патогенетические факторы развития атопического дерматита.
– особенности клинических проявлений и течения атопического дерматита.
– провести дифференциальную диагностику атопического дерматита с другими дерматозами.

- уметь:

– собрать анамнестические данные у тематических больных и написать по курируемому больным локальный статус.
– составлять и обосновывать план лечения больных с атопическим дерматитом.

- владеть:

- диагностическими тестами, позволяющие верифицировать данное заболевание.
- алгоритмами обследования и лечения больных.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ (УК-1,ПК-1,ПК-2)

- а) в первые дни после рождения;
- б) после 4 недель жизни;
- в) у взрослых;
- г) после 6 нед. жизни;
- д) после 2 нед. жизни.

2. ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ (УК-1,ПК-1,ПК-5)

- а) акантоз, гиперкератоз, папилломатоз, спангиоз;
- б) гиперкератоз, акантоз, пузырьки;
- в) абсцессы Потрие, акантоз, папилломатоз;
- г) микроабсцессы Мунро, папилломатоз, паракератоз;
- д) гиперкератоз, дискератоз, гранулез, акантоз.

3. В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ КОЖНОГО ЗУДА НЕ УЧАСТВУЕТ (УК-1,ПК-1,ПК-6)

- а) пруритогенные киназы,
- б) гистамин;
- в) серотонин;
- г) фракция C5- компонента комплемента;
- д) брадикинин.

4. ИЗЛЮБЛЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 2 ЛЕТ (УК-1,ПК-1,ПК-2)

- а) складки;
- б) ягодицы;
- в) лицо, разгибательные поверхности конечностей;
- г) волосистая часть головы;
- д) ладони и подошвы.

5. СИМПТОМ ГЕРТОГА И СКЛАДКИ МОРГАНА ХАРАКТЕРНЫ (УК-1,ПК-1, ПК-5,ПК-6,ПК-9)

- а) для хронической экземы;
- б) для атопического дерматита;
- в) для псориаза;
- г) для амилоидоза кожи;
- д) для склередымы Бушке.

6. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК АТОПИИ (УК-1, ПК-5, ПК-6)
- а) лейкоцитоз;
 - б) повышенный уровень IgE;
 - в) снижение уровня Т- лимфоцитов;
 - г) эозинофилия;
 - д) высокий уровень Т- киллеров.
7. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМИ НАРУЖНЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
- а) фторированные кортикостероидные мази;
 - б) мази с 3-5 % АСД;
 - в) мази, содержащие 5% дерматола;
 - г) крем скин-кап;
 - д) мази с 10% нафталаном.
8. БОЛЬНЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НЕ СЛЕДУЕТ НА ДЛИТЕЛЬНЫЙ СРОК ВКЛЮЧАТЬ В НАРУЖНЫЕ СРЕДСТВА (УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
- а) мочевины;
 - б) ланолин;
 - в) деготь;
 - г) глицерин;
 - д) салициловую кислоту.
9. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НЕ ОТНОСИТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)
- а) зуд;
 - б) лихенизация;
 - в) сухость кожи;
 - г) мокнутие;
 - д) уртикарный дермографизм.
10. ДЛЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НЕКОМФОРТНЫЙ КЛИМАТ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
- а) с высокой влажностью и повышенной температурой;
 - б) с умеренной влажностью и температурой;
 - в) регионов с более высоким расположением над уровнем моря;
 - г) средней полосы России;
 - д) северо-восточного региона.

5.2. Основные понятия и положения темы.

Атопический дерматит не имеет своей четко очерченной клинической картины. Можно говорить только о наиболее характерных проявлениях заболевания. Поэтому для постановки правильного диагноза используются основные и дополнительные диагностические критерии.

Основные критерии:

1. Зуд.
2. Типичные изменения кожи.
3. Наличие аллергических заболеваний у кровных родственников больного. Наличие у больного в настоящий момент или в прошлом некожных аллергических заболеваний.
4. Возникновение болезни в детском возрасте.
5. Хроническое рецидивирующее течение с обострениями весной и в осенне-зимнее время года. Эта характерная особенность болезни проявляется обычно в возрасте не менее 3 лет. Диагноз считается достоверным при наличии 3 основных и нескольких дополнительных критериев.

Клиническая картина атопического дерматита у детей в возрасте от 2 месяцев до 2 лет («младенческая» стадия заболевания) имеет свои особенности: остро- и подостровоспалительный характер поражений со склонностью к образованию сильно мокнущих очагов. Наиболее часто в этом возрасте заболевание проявляется на коже лица. В абсолютном большинстве случаев прослеживается четкая связь с пищевыми раздражителями.

Второй возрастной период («детская» стадия) охватывает возраст от 2 лет до периода полового созревания. Для него характерно хронически-рецидивирующее, часто зависящее от сезона года течение (обострения заболевания; весной и осенью). После тяжелых обострений болезни могут следовать продолжительные периоды, во время которых дети чувствуют себя практически здоровыми. Выраженное мокнутие кожи становится нехарактерным. Преобладают отежные узелки, расчесы, склонность к образованию очагов лихенификации, выраженность которых нарастает с возрастом.

Третий возрастной период («взрослая» стадия) характеризуется меньшей склонностью к островоспалительным реакциям и менее заметной реакцией на аллергические раздражители. Основной жалобой пациентов является кожный зуд. В местах, наиболее подверженных расчесам, кожа становится лихенифицированной. Экземоподобные реакции наблюдаются преимущественно в периоды обострения заболевания. Характерны выраженная сухость кожи, стойкий белый дермографизм, резко усиленный пиломоторный рефлекс. Вследствие сильного кожного зуда нередко наблюдаются рубчики и неравномерность окраски кожи на местах расчесов. Большинство пациентов отмечают четкую связь обострений заболевания со стрессовыми ситуациями, которые нередко нарушают сезонность заболевания. Однако абсолютное большинство пациентов отмечают значительное улучшение в летнее время и во время пребывания на южных курортах. У многих больных имеется зависимость заболевания от очагов хронической инфекции.

Среди дерматологических осложнений атопического дерматита, кроме гноеродной инфекции, необходимо отметить склонность к некоторым вирусным заболеваниям кожи. Атопический дерматит нередко сочетается с рецидивирующим простым герпесом, множественными бородавками, контагиозным моллюском. Особо следует обратить внимание на возможность развития генерализованной герпетической инфекции. В таких случаях помимо распространенных высыпаний на коже характерны подъем температуры тела до высоких цифр, выраженное общее недомогание. Грибковая инфекция также может осложнять течение атопического дерматита. В частности, нередко отмечается активизация условно-патогенных грибов рода *Pityrosporum*. У некоторых больных аллергия к этим грибам существенно влияет на течение основной болезни.

Лечение во всех случаях должно быть комплексным. Можно разделить все лечебные воздействия на активное лечение в фазу обострения, строгое соблюдение диеты, индивидуальное общее и наружное лечение, климатотерапию. Лечение должно быть

строго индивидуальным, зависящим от возрастного периода заболевания, фазы рецидива, степени активности патологического процесса, клинической формы, сопутствующих заболеваний и наличия осложнений.

Топические стероиды. К сожалению, говорить о полной безопасности применения препаратов этой группы на сегодняшний день не приходится.

При обострениях атопического дерматита показано использование препаратов глюкокортикостероидных гормонов, но следует помнить, что в данном случае они являются препаратами вспомогательными. Продолжительность их применения не должна превышать 5 дней на кожу лица и 10 - на другие участки кожи. Делать же из этих препаратов средство «базового» ухода за кожей просто опасно. Наиболее удовлетворяют требованиям безопасности современные нефторированные препараты, в частности, элоком, адвантан и латикорт (локоид).

Ингибиторы кальциневрина. Представителем этой группы препаратов на российском рынке является пимекролимус (элидел). Препарат оказывает селективное действие на Т-лимфоциты и тучные клетки. В отличие от топических стероидов, не вызывает атрофии кожи и может использоваться с раннего детского возраста. Препарат высокоэффективен при лечении легких обострений атопического дерматита, особенно при локализации высыпаний на коже лица и передней поверхности шеи. При более тяжелых обострениях болезни показаны короткие курсы топических стероидов с последующим назначением элидела.

Антигистаминные средства. Приоритетным является использование антигистаминных препаратов нового поколения. Помимо блокады H₁-гистаминорецепторов они обладают противовоспалительным действием. Оправданы длинные курсы этих препаратов (свыше 20 дней).

Психотропные средства. Длительно текущее зудящее заболевание сказывается на психике больного. Наиболее часто используются анксиолитики. Препаратом, применение которого оправдано наиболее часто, является атаракс. Его дозы, используемые в дерматологии, практически не оказывают тормозящего и снотворного эффекта. Атаракс обладает еще и антигистаминным действием.

Системные глюкокортикостероиды. Кратковременное назначение глюкокортикостероидов (не более двух недель) не вызывает заметных нарушений в функции организма. При атопическом дерматите препараты глюкокортикостероидных гормонов назначаются только при тяжелом течении заболевания. В абсолютном большинстве случаев короткий курс системных стероидов позволяет достигнуть клинической ремиссии и избежать побочных явлений кортикостероидотерапии. После прекращения приема стероидов переходят на традиционные методы терапии.

Циклоспорин А. Препарат высокоэффективен. Побочных явлений при использовании небольших доз практически не наблюдается. К сожалению, эффект от лечения нестойкий. Атопический дерматит - наследственное заболевание с хроническим рецидивирующим течением и определенной эволютивной возрастной симптоматикой.

Три основных критерия атопического дерматита:

- наследственный характер заболевания;
- полиморфизм клинической картины, включающий экзематозные и лихеноидные высыпания;
- возрастная эволюция высыпаний.

Три возрастных фазы атопического дерматита:

Первая возрастная фаза АД (до 2 лет)	Симметричность высыпаний, экссудация, везикуляция, мокнутие. Локализация: щеки, подбородок, разгибательные поверхности конечностей.
Вторая возрастная фаза (от 2 лет до подросткового возраста)	Лихеноидные папулы, фолликулярные папулы, лихенизация, пруригинозные папулы. Локализация: складки (локтевые, подколенные), на шее, запястьях.
Третья возрастная фаза (юношеский и зрелый возраст)	Лихенизация. Локализация: шея, верхняя половина туловища (воротниковая зона), верхние конечности.

Выраженный зуд характерен для всех возрастных периодов АД.

Дополнительные признаки клинических проявлений при АД:

- складки Моргана;
- шелушение верхних и нижних век;
- периоральная лихенизация;
- хейлит;
- белый дермографизм;
- гипергидроз;
- высокий уровень IgE;
- патология ЖКТ и т.д.

Лечение: Диета с исключением кофе, шоколада, красных фруктов и овощей. Коррекция патологии ЖКТ. Антигистаминные, гипосенсибилизирующие, седативные препараты. Наилучший иммунокорригирующий эффект может быть получен при назначении АУФОК и милопида, плазмафереза и милопида, внутривенной и сублингвальной лазеротерапии, пролонгированных препаратов тимуса (тимоптин), с последующим проведением иммунологического мониторинга и поддерживающей иммунокорригирующей терапии. Наружно применяют гормональные мази (элоком, адвантан). Электрофорез с противозудными препаратами, электросон.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

На прием к дерматологу обратилась мать с грудным ребенком. Жалобы на наличие высыпаний, сопровождающихся интенсивным зудом. Ребенок капризен, плаксив, плохо спит, раздражителен.

ИЗ АНАМНЕЗА. Ребенок родился от первой беременности, доношенный, вес 4,200. Еще в роддоме мама отметила легкую шероховатость и розовую окраску кожи щек. После введения прикорма молочными смесями и коровьим молоком из детской кухни появились высыпания на коже лица, волосистой части головы, конечностях, ягодицах. Ребенок стал капризен, беспокоен. При обследовании выявлена дискинезия желчевыводящих путей.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожные покровы ребенка имеют сероватый оттенок, сухие на ощупь. Процесс носит распространенный характер. Очаги поражения располагаются симметрично на коже волосистой части головы, лица, разгибательной поверхности

верхних и нижних конечностей, ягодиц. Высыпания представлены множественными диссеминированными эритематозно-сквамозными, папуло-везикулезными и уртикарно-розеолёзными элементами, эксфолиациями. На поверхности многих папуло-везикул точечные эрозии, серозные корочки. Дермографизм стойкий, белый, разлитой. Отмечается уменьшение активности брюшного рефлекса.

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

Задача №2

На прием к врачу обратился подросток 16 лет, с жалобами на сильный зуд по всему телу, но особенно в области локтевой и подколенной ямок, бессонницу, раздражительность. Зуд преобладает в ночное время.

АНАМНЕЗ: Заболевание связывает с перенесенной в детстве экземой. Обострения наступают в осенне-зимний период времени. Летом, особенно после пребывания на море, чувствует себя хорошо. При обострении - в местах поражения появлялись пузырьки и мокнутие. Неоднократно лечился амбулаторно с хорошим, но временным эффектом. Страдает бронхиальной астмой, хроническим тонзиллитом, отмечена непереносимость к пенициллину. Мать с детства болеет экземой.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: Сыпь носит распространенный характер, очаги поражения располагаются преимущественно в подколенных впадинах и локтевых сгибах, а также на лице, шее. Сыпь представлена мелкими округлыми папулами розового цвета, местами элементы сливаются, образуя участки сплошной инфильтрации и лихенификации. Кожа сухая, имеются множественные эксфолиации и мелкоотрубевидные чешуйки. Ногтевые пластинки на кистях «отполированы». Дермографизм широкий, стойкий, белый.

1. Предположительный диагноз;
2. Его обоснование;
3. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?
4. Дополнительные методы обследования;
5. Лечение, иммунокоррекция.

Задача №3

На прием к врачу обратилась мать с ребенком возрастом 7 месяцев. Жалобы: на наличие высыпаний сопровождающихся интенсивным зудом. Ребенок капризен, плаксив, плохо спит, раздражителен.

АНАМНЕЗ: Родился от первой беременности, доношенный, вес 4,200. Еще в роддоме мама отметила легкую шероховатость и розовую окраску кожи щек. После введения прикорма молочными смесями и коровьим молоком из детской кухни появились высыпания на коже лица, волосистой части головы, конечностях, ягодицах. Ребенок стал капризен, беспокоен. При обследовании выявлена дискинезия желчевыводящих путей.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: Кожные покровы ребенка имеют сероватый оттенок, сухие на ощупь. Дермографизм белый. Отмечается уменьшение активности брюшного рефлекса. Процесс носит распространенный характер. Располагается симметрично на коже волосистой части головы, лица, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, ягодиц. Представлен множественными диссеминированными эритематозно-сквамозными, папуловезикулезными и уртикарно-розеолёзными

высыпаниями. На поверхности многих папуловезикул точечные эрозии серозные корочки. Множественные эксориации, гемморрагические корочки.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
3. Наметьте план лечебных и профилактических мероприятий.
4. Рекомендации больному после клинического выздоровления.
5. Лечение, иммунокоррекция.

Задача № 4

В гастроэнтерологическое отделение поступила девочка 13-ти лет с жалобами на тошноту, боли в правом подреберье, запоры постоянный зуд кожи и высыпания в складках. Анамнез: При введении морковного и свекольного соков в трехмесячном возрасте появились на щеках красные пятна, узелки, пузырьки, мокнутие, сопровождающиеся зудом. Девочка перенесла ассоциированный дисбактериоз кишечника, гепатит в 5 лет. Настоящее обострение связывает со сменой места жительства (климатических условий). Локальный статус:

Кожный процесс носит диссеминированный характер с локализацией высыпаний в области естественных складок, преимущественно локтевых и подколенных. На коже локтевых и подколенных складок и задней поверхности голени высыпания в виде эритемо-сквамозных пятен и обилия биопсированных узелков. В очагах поражения выражена лихенификация, обилие эксориаций. В очагах поражения широкий, белый, стойкий дермографизм.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Современные методы лечения, иммунокоррекция.
4. Первичная, вторичная и третичная профилактика.
5. Санаторно-курортное лечение.

Задача №5

На прием к дерматологу в КККВД обратился подросток 17 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 эксориации 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.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Этиология атопического дерматита.

2. Классификация. атопического дерматита.
3. Современные представления о патогенезе атопического дерматита.
4. Дифференциальная диагностика атопического дерматита.
5. Современные методы лечения больных различными формами атопического дерматита.
6. Тактика ведения больных с этим заболеванием.

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

1. Современные методы лечения атопического дерматита.
2. Принципы местной терапии атопического дерматита. Основные лекарственные формы для наружного применения.
3. Современные методы алергодиагностики в дерматологии.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	
2.	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб.пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2017.	3	

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №21

**ТЕМА: «Пузырные дерматозы. Этиология. Патогенез.
Акантолитические и неакантолитические пузырьные дерматозы»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.21

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №21

Тема: «Пузырные дерматозы. Этиология. Патогенез. Акантолитические и неакантолитические пузырьные дерматозы»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики пузырных дерматозов необходимы дерматологам, учитывая многообразие клинических форм, тяжесть течения, резистентность к лечению, возможность паранеопластического характера данных заболеваний.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

-готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

-готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

-готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

-готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

-готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

-учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению пузырных дерматозов.

- знать:

– этиологические и патогенетические факторы развития пузырных дерматозов.

– особенности классификации, клинических проявлений и течения пузырных дерматозов.

– алгоритм сбора анамнестических данных у больных, страдающих пузырными дерматозами.

– диагностические тесты, позволяющие верифицировать пузырные дерматозы.

– диспансеризацию больных пузырными дерматозами.

- уметь:

- забор материала на акантолитические клетки, эозинофилы.
- симптомы Никольского и Асбо – Ганзена.
- йодная проба(Ядассона).

- владеть:

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1.ОСНОВНЫМИ СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПУЗЫРЧАТКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) антибиотики и сульфаниламиды;
- б) цитостатики и антигистаминные препараты;
- в) кортикостероиды и цитостатики;
- г) антималярийные средства и иммуномодуляторы;
- д) витамины и антидепрессанты.

2. ОСНОВНЫМИ СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕРПЕТИФОРМНЫМ ДЕРМАТИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5 ,ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) кортикостероиды;
- б) цитостатики;
- в) антибиотики;
- г) сульфоны;
- д) иммуномодуляторы.

3. ОСНОВНЫМИ СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕМФИГОИДОМ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1 ,ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) кортикостероиды;
- б) цитостатики;
- в) антималярийные средства;
- г) сульфоны;
- д) сульфаниламиды

4. АНТИТЕЛА В ТКАНЯХ, ВЫЯВЛЕННЫЕ С ПОМОЩЬЮ ПРЯМОЙ РЕАКЦИИ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ У БОЛЬНЫХ ОБЫКНОВЕННОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ, ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-1)

- а) к IgA;
- б) к IgE;
- в) к IgD;
- г) к IgG;
- д) к IgM.

5. ДЛЯ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ХАРАКТЕРНА ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА (УК-1, ПК-1):

- а) отложение IgG вдоль дермо-эпидермальной границы и в зоне ISC;
- б) отложение антител IgG вдоль базальной мембраны;
- в) отложение антител IgG и в зоне ISC;
- г) отложение антинуклеарных противоядерных антител в клетках эпидермиса;
- д) отложение IgM в апикальной зоне сосочков дермы.

6. СЕБОРЕЙНАЯ ПУЗЫРЧАТКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СОЧЕТАНИЕ ПРИЗНАКОВ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

- а) пузырьчатки и себорейного дерматита;
- б) пузырьчатки и красной волчанки;
- в) пузырьчатки и пиодермии;
- г) пузырьчатки и фотодерматита;
- д) пузырьчатки и герпетического дерматита.

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПУЗЫРЧАТКА НАЧИНАЕТСЯ С ПОРАЖЕНИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) слизистой оболочки рта;
- б) кожи лица;
- в) подмышечных впадин;
- г) себорейных участков;
- д) заушных областей.

8. ПЕМФИГОИД МОЖЕТ БЫТЬ МАРКЕРОМ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) целиакии;
- б) опухолей внутренних органов;
- в) сахарного диабета;
- г) лекарственной болезни;
- д) гипертоническая болезнь.

9. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ ФЕНОМЕНОМ ПЕМФИГОИДА ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6)

- а) отложение IgG вдоль базальной мембраны;
- б) снижение количества Т-лимфоцитов;
- в) отложение IgG в шиповатом слое;
- г) повышенный уровень IgE;
- д) отложение IgA вдоль базальной мембраны.

10. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ ФЕНОМЕНОМ ГЕРПЕТИКОИДНОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1)

- а) отложение IgA в шиповатом слое;
- б) отложение IgA на верхушках дермальных слоев;
- в) отложение IgM в зоне блестящей пластинки базальной мембраны;
- г) повышенный уровень IgE;
- д) отложение IgM в зоне основной пластинки базальной мембраны.

5.2. Основные понятия и положения темы.

В группу пузырных дерматозов входят неинфекционные заболевания кожи, основным высыпным элементом которых является пузырь. К ним относятся следующие дерматозы:

1. Истинная (акантолитическая) пузырчатка: вульгарная, вегетирующая, листовидная, себорейная.
2. Пемфигоиды: буллезный пемфигоид, рубцующий пемфигоид, пемфигоид беременных («herpes gestationis»).
3. Герпетиформные дерматозы: герпетиформный дерматоз Дюринга, иммуноглобулин-А-линейарный дерматоз.
4. Наследственные пузырные дерматозы: хроническая доброкачественная семейная пузырчатка Гужеро-Хейли-Хейли, группа буллезного эпидермолиза.

Необходимо отметить, что многие заболевания кожи на разных этапах своего развития могут проявляться пузырями (токсикодермия, синдром Лайелла, синдром Стивенса-Джонсона, буллезная форма дерматита, стрепто-стафилококковое импетиго и др.), которые являлись лишь одним из проявлений клинической картины и имеют разный патогенез.

В этом разделе рассматриваются лишь те пузырные заболевания, при которых пузырь и связанный с ним симптомокомплекс являются главным в формировании клинических признаков дерматоза.

ПУЗЫРЧАТКА ИСТИННАЯ (АКАНТОЛИТИЧЕСКАЯ).

Этиология истинной пузырчатки остается невыясненной. Существуют инфекционная, нейрогенная, эндокринная, энзимная, токсическая и наследственная теории развития заболевания. Однако ни одна из них не имеет убедительных подтверждений.

Патогенез истинной пузырчатки аутоиммунный.

ОБЫКНОВЕННАЯ ПУЗЫРЧАТКА (PEMPHIGUS VULGARIS)

Тяжелое, неуклонно прогрессирующее заболевание, проявляющееся образованием на неизменной коже и видимых слизистых оболочках внутри эпителиальных пузырей, формированием распространенных поражений кожи и слизистых оболочек, что без адекватного лечения приводит больных к гибели в течение 1-2 лет. Частота вульгарной пузырчатки составляет около 0,6% всех кожных больных. Несколько чаще болеют женщины в возрасте 40 лет.

Первичным высыпным элементом является вялый пузырь, возникающий на негиперемированной слизистой оболочке или коже. При вскрытии пузыря образуются эрозии, медленно увеличивающиеся по площади и длительно существующие, на них формируются корки; после эпителизации эрозий – пигментные пятна.

Выделяют 3 фазы в течении заболевания:

I фаза – дебют заболевания, как правило, на слизистой оболочке рта, глотки, носа. Изредка заболевание начинается с поражения кожи, а слизистые оболочки вовлекаются позднее. Протекает эта фаза обычно несколько месяцев (2-3, иногда больше).

II фаза – появление высыпаний на коже и постепенное их распространение при сохранении относительно удовлетворительного состояния.

III фаза – разгар заболевания, распространение пузырей и эрозий на кожные покровы и видимые слизистые оболочки, образование обширных эрозивных участков из-за периферического роста и медленной эпителизации эрозий. Нарастает интенсивность болей в зонах пораженной кожи. Выражены симптомы интоксикации, высокая лихорадка, потеря массы тела. Без адекватного лечения в этой стадии больные быстро погибают.

Критерии диагностики вульгарной пузырчатки включают в себя клинические и лабораторные доказательства наличия акантолиза в эпидермисе и эпителии видимых слизистых оболочек.

Выделяют 6 основных критериев:

1. Характерная клиническая картина поражения: пузыри на видимо неизменной коже, длительно существующие эрозии на коже и на видимо неизменной слизистой оболочке рта, конъюнктиве, слизистой оболочке носа, гениталий. По краю эрозий могут наблюдаться остатки покрышек пузырей.

2. Симптом Никольского на видимо непораженной коже. При скользящем давлении (трении) пальцем в зоне видимо неизменной кожи рядом с очагом поражения (при II и III фазах болезни – и в отдалении от очага поражения) под пальцем сдвигается верхний слой эпителия в виде тонкой пленки, образуя эрозию. Этот симптом считается наиболее информативным при диагностике всех разновидностей пузырчатки, не являясь специфическим только для нее.

3. Краевой симптом Никольского – при потягивании пинцетом за обрывки пузырьной крышки происходит краевая отслойка эпителия за пределы видимых границ пузыря более 0,5 см.

4. Цитологический метод диагностики (цитодиагностика по Тцанку) предусматривает получение мазков-отпечатков со дна свежей эрозии. Для этого используют сухие, обезжиренные спиртом стекла, которые плотно прикладывают к поверхности свежей эрозии. Для получения мазков с эрозий на слизистой оболочке твердого, мягкого неба и зева используют опосредованный способ. Проводят мягкое поскобливание поверхности эрозии тупым шпателем или фолькмановской ложечкой (не допуская видимого травмирования поверхности и кровотечения), после чего полученный со дна эрозии материал аккуратно наносят на предметное стекло в виде мазка. Полученные мазки подсушивают и окрашивают по методу Гимза-Романовского. При последующей микроскопии препаратов обнаруживают акантолитические клетки, которые впервые описал С. Т. Павлов в 1932 году. Акантолитические клетки – это изменившиеся клетки шиповатого слоя, которые подверглись акантолизу и дегенерировали, поэтому приобрели морфологические и тинкториальные свойства, отличающие их от нормальных клеток этого слоя.

5. Гистологический метод исследования является одним из основных и обязательных при подтверждении диагноза пузырчатки. Необходимо спонсировать свежий пузырь или краевую зону эрозии с захватом видимо непораженной кожи. Наиболее ранним гистологическим изменением в эпидермисе при вульгарной пузырчатке является акантолиз в нижней части шиповатого слоя. Вследствие развивающегося акантолиза внутри эпидермиса образуются щели, а затем и пузыри, имеющие супрабазальное расположение (т. е. над базальным слоем клеток, интраэпителиально). Характерным гистологическим признаком при вульгарной пузырчатке является также обнаружение отдельных измененных шиповатых клеток, которые, утратив связь друг с другом, остаются прикрепленными к слою неизменных базальных клеток.

6. Иммуноморфологические исследования в ряде случаев играют решающую роль в диагностике вульгарной пузырчатки. Даже на ранних стадиях развития заболевания метод прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) позволяет выявить на криостатных срезах кожи или слизистой оболочки (в очаге поражения и за его пределами) отложения иммуноглобулинов класса G и комплемента, локализующиеся в межклеточных пространствах эпидермиса (зеленоватое свечение). Метод непрямой

иммунофлюоресценции позволяет выявить в крови и жидкости пузыря больных высокие титры ($> 1:20$) аутоантител (IgG) к белкам десмосом (плакоглобину и десмоглайну-3). Высота их титров прямо коррелирует с тяжестью течения вульгарной пузырчатки.

Указанные выше диагностические критерии используют при диагностике всех клинических разновидностей пузырчатки, а также других пузырных дерматозов.

ВЕГЕТИРУЮЩАЯ ИСТИННАЯ (АКАНТОЛИТИЧЕСКАЯ) ПУЗЫРЧАТКА

Клиническая картина. Начало практически ничем не отличается от начальных проявлений вульгарной пузырчатки. Пузыри возникают на видимо неизменной слизистой оболочке и коже; они также чаще появляются впервые на слизистой оболочке рта, а затем в местах перехода ее в кожу. Одновременно с поражением слизистой оболочки рта или несколько позже высыпания возникают вокруг естественных отверстий и в складках кожи на соприкасающихся поверхностях (пахово-бедренных, межъягодичной, подмышечных, в области пупка, под молочными железами).

ЛИСТОВИДНАЯ (ЭКСФОЛИАТИВНАЯ) ПУЗЫРЧАТКА

Листовидная (эксфолиативная) пузырчатка – это тяжелое, злокачественно протекающее заболевание, проявляющееся возникновением в результате акантолиза на себорейных участках кожи плоских вялых пузырей на неизменном или слабо гиперемизированном фоне, быстро трансформирующихся в слоистые чешуйко-корки. Очаги поражения имеют склонность к периферическому росту и слиянию, что без адекватной терапии приводит к поражению всей поверхности кожи (эксфолиативной эритродермии) и хроническому многолетнему течению заболевания.

Патогенез. С помощью прямой и непрямой ИФ в эпидермисе и сыворотке крови больных листовидной пузырчаткой обнаруживают аутоантитела к антигену клеточных контактов эпидермиса – десмоглайну-1 (протеину с молекулярным весом 160 кД).

СЕБОРЕЙНАЯ (ЭРИТЕМАТОЗНАЯ) ПУЗЫРЧАТКА

Заболевание проявляется на себорейных участках кожи очагами, характеризующимися сочетанием симптомов, типичных для себорейного дерматита (красные пятна, шелушение), дискоидной красной волчанки (красные пятна, инфильтрация, гиперкератоз) и пузырчатки (поверхностные вялые пузыри с тонкой крышкой, быстро трансформирующиеся в чешуекорки). Эта редкая форма пузырчатки может начаться в более раннем возрасте (около 30 лет), чем вульгарная пузырчатка. У большинства врачей сложилось устойчивое мнение, что себорейная пузырчатка, имеющая общий патогенез и общие клинические проявления с листовидной пузырчаткой, является либо ее доброкачественной формой, либо ранней фазой развития.

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПУЗЫРЧАТКИ

До настоящего времени этиология истинной пузырчатки неизвестна, поэтому лечение этой группы заболеваний остается патогенетическим, направленным на подавление синтеза аутоантител к белкам десмосомальных связей шиповатых клеток эпидермиса. Главным средством лечения больных истинной пузырчаткой в настоящее время являются глюкокортикостероидные гормоны. Несмотря на многочисленные и разнообразные осложнения, возникающие при лечении глюкокортикостероидами, не существует абсолютных противопоказаний к лечению ими пузырчатки, так как только они предотвращают смерть больных. Глюкокортикостероиды назначают самостоятельно (монотерапия) или в сочетании с цитостатиком (комбинированная, сочетанная терапия с азатиоприном или метотрексатом, циклофосфамидом, циклоспорином А). Цитостатические препараты не могут полностью заменить кортикостероиды. С их помощью удается снизить дозу гормонов. Сочетанную терапию применяют при лечении

пузырчатки, резистентной к высоким дозам глюкокортикостероидов, и при необходимости уменьшить их суточную дозу (ударную или поддерживающую). Глюкокортикостероиды и цитостатики в адекватных дозах приводят к ремиссии заболевания. Успех лечения зависит от суточной дозы препаратов и сроков начала лечения. Согласно единодушному мнению, начинать лечение больных пузырьчаткой следует с ударных доз гормонов. 120 мг преднизолона в сутки в большинстве случаев является адекватной ударной дозой, которая позволяет прекратить образование пузырей и ускорить эпителизацию эрозий.

Наружная терапия при пузырьчатке имеет ограниченное значение. Ее цели по существу те же, что и при наружном лечении других буллезных дерматозов. Рационально применение противомикробных (при локализации в складках – и противогрибковых) препаратов, «вяжущих» и оказывающих местное обезболивающее действие.

К главным осложнениям стероидной терапии относятся: Экзогенный (медикаментозный) синдром Иценко-Кушинга со всеми его проявлениями. Их выраженность уменьшается при переходе на поддерживающие дозы кортикостероидов.

Иммунодепрессивное состояние, которое проявляется присоединением (обострением) гнойной, грибковой или вирусной инфекции. В ряде случаев возникает необходимость применить общую терапию антибактериальными, противогрибковыми или противовирусными препаратами.

Осложнения со стороны ЖКТ (гастрит, эзофагит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки) могут привести к грозным осложнениям – желудочному кровотечению или прободению язвы. Это обстоятельство обуславливает необходимость соблюдения щадящей диеты и профилактического применения антацидных препаратов, блокаторов H-рецепторов. Возникновение пептической язвы на фоне лечения больного пузырьчаткой гормонами резко ухудшает прогноз заболевания. Возникает настоятельная необходимость снизить суточную дозу гормона при одновременном назначении цитостатика, перейти на инъекционное введение пролонгированных препаратов кортикостероидов.

Сахарный диабет развивается из-за стимуляции глюконеогенеза и периферического антиинсулинового действия кортикостероидов. Поэтому больного переводят на гипонатриевую диету (стол 9а), при выраженной гипергликемии назначают помимо диеты рекомендованные эндокринологом антидиабетические средства (таблетированные, инсулин).

Нарушение психики больного (бессонница, эйфория, возбуждение, иногда стероидный психоз). Назначают снотворные и седативные препараты, при необходимости – консультируют у психоневролога.

Многочисленные другие осложнения (атрофия мышц, ломкость сосудов, гиперкоагуляционный или гипокоагуляционный синдром, атрофические полосы на коже, стероидные акне и др.).

Для сокращения суточной дозы глюкокортикостероидов и уменьшения осложнений иногда в стационаре используют плазмаферез и гемосорбцию, которые позволяют временно снизить уровень циркулирующих аутоантител у больных.

ПЕМФИГОИДЫ

В группу пемфигоидов объединена часть буллезных дерматозов, которые имеют клиническое сходство с вульгарной пузырьчаткой (*pemphigus vulgaris*). При заболеваниях этой группы пузыри возникают не в результате акантолиза, а из-за субэпидермальной отслойки эпидермиса от дермы (эпидермолиза). Субэпителиальная отслойка эпидермиса

возникает в результате образования аутоантител к определенным белкам базальной мембраны. Они могут быть обнаружены при всех заболеваниях этой группы.

К пемфигоидам относят буллезный пемфигоид, рубцующий пемфигоид и ряд других заболеваний.

БУЛЛЕЗНЫЙ ПЕМФИГОИД (W. LEVER, 1953)

Буллезный пемфигоид – редкий, обычно хронически протекающий, относительно доброкачественный буллезный дерматоз, который чаще всего поражает пожилых. Стойкие, напряженные пузыри возникают под эпидермисом из-за расслоения базальной мембраны.

Буллезный пемфигоид встречается реже, чем истинная (акантолитическая) пузырчатка, поражает обычно людей преклонного возраста (около 60–70 лет), хотя может изредка возникать и у детей – ювенильный пемфигоид.

Клиническая картина. Заболевание проявляется развитием напряженных пузырей разной величины: от нескольких миллиметров до 5-10 см диаметром и больше. Они возникают на видимо не измененной коже или на фоне отечной эритемы и сопровождаются выраженным зудом. Пузыри имеют серозное или серозно-кровянистое содержимое из-за повреждения поверхностных капилляров дермы при субэпидермальной отслойке.

РУБЦУЮЩИЙ ПЕМФИГОИД

Рубцующий пемфигоид (РП) – это редкое, хронически протекающее пузырьное заболевание видимых слизистых оболочек, изредка и кожи, пожилых людей, приводящее впоследствии к рубцеванию. Большинство авторов рассматривают рубцующий пемфигоид как самостоятельную нозологическую форму, подчеркивая сходство в гистологических и иммунологических изменениях с буллезным пемфигоидом. Заболевание встречается реже буллезного пемфигоида. Поражаются преимущественно женщины старше 60 лет (2:1).

Этиология неизвестна.

Патогенез аутоиммунный, сходный с буллезным пемфигоидом. Образуются антитела к двум белкам, входящим в состав базальной мембраны эпидермиса (нижней части lamina lucida).

Клиническая картина. У 60-90% пациентов заболевание начинается с поражения конъюнктивы или слизистой оболочки рта, хотя может поражаться и слизистая оболочка пищевода, гортани, носа, гениталий и ануса. Первичным высыпным элементом является небольшой напряженный пузырь с прозрачным содержимым, который, в отличие от вульгарной пузырчатки, сравнительно долго не вскрывается. Чаще пузыри возникают на фоне небольшой гиперемии окружающей слизистой оболочки.

ГЕРПЕТИФОРМНЫЙ ДЕРМАТОЗ ДЮРИНГА

Герпетиформный дерматоз – редкое доброкачественное кожное заболевание, характеризующееся хронически рецидивирующим течением и полиморфными зудящими высыпаниями" на коже.

Этиология неизвестна.

Патогенез. У большинства больных герпетиформным дерматозом (более 90% случаев) кожные высыпания связаны с патологией тонкого кишечника и представляют собой особую форму целиакии. Патология тонкой кишки с нарушением процессов всасывания (синдром мальабсорбции) обусловлена повышенной чувствительностью к глютену – смеси белков клейковины, входящей в состав злаков. Из него выделен белок глиадин, играющий наиболее важную роль в сенсibilизации при энтеропатии и обуславливающий повышенную чувствительность к глютену. Аллергия к глютену приводит к хронической воспалительной реакции в тонкой кишке, идентичной изменениям в ней при целиакии.

атрофии ворсинок слизистой оболочки кишечника, лимфоцитарной воспалительной инфильтрации в подслизистой ткани, нарушению энзимной активности эпителия.

Диагностика. В мазках-отпечатках со дна свежих эрозий акантолитические клетки отсутствуют, обычно обнаруживают большое количество эозинофилов

Патоморфология. Субэпидермально расположенные пузыри, в полости которых обнаруживают многочисленные эозинофильные и нейтрофильные лейкоциты

При ПИФ пораженной кожи обнаруживают зернистое отложение IgA и C1-фракции комплемента на вершинах сосочков дермы. Реже выявляют зернисто-линейное его отложение в зоне базальной мембраны. С помощью непрямой ИФ у 80% больных выявляют IgA-антитела к эндомиозию (межфибриллярной субстанции гладких мышц), антитела к альфа-глиадину (IgG и IgA) и антитела к тканевой трансглутаминазе (IgA и IgG).

Лечение. Во всех случаях комплексного лечения герпетиформного дерматоза рекомендуется безглютеновая диета, т. е. исключение из рациона больного пищи из пшеницы, ржи, овса, ячменя, проса и других злаков, а также продуктов питания и напитков из них (хлеб, макароны, пиво, квас и др.). Необходимо также уменьшать употребление поваренной соли (содержит соли йода) и полностью исключить продукты, богатые солями йода (морская рыба, кальмары, крабы, креветки, водоросли, различные моллюски и др.) и йодсодержащие медикаменты.

Быстрый терапевтический эффект получают при назначении внутрь препаратов сульфонового ряда: диаминодифенилсульфона (ДДС, дапсон, авлосульфон) по 100–200 мг/сут или его производных (диуцифона или димоцифона). Эти препараты обычно назначают пятидневными курсами с однодневным перерывом. Наружно применяют противовоспалительные, противозудные (включая глюкокортикостероиды) и противомикробные средства в формах, соответствующих стадии и клинической разновидности герпетиформного дерматоза.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

Больная 35 лет поступила в стационар с жалобами на язвочки в полости рта, из-за которых больно глотать, а также на появление пузырей на коже туловища и рук.

ИЗ АНАМНЕЗА: заболела на фоне полного благополучия. В полости рта стали появляться пузыри, которые быстро вскрывались, оставляя после себя эрозии. Обратилась к стоматологу, который назначил полоскания с фурацилином и раствором марганцево-кислого калия, эффекта от лечения не было. Больная могла принимать только жидкую пищу из-за болезненности полости рта. Через 2,5 месяца появились пузыри на коже туловища и верхних конечностей, которые вскрывались, оставляя после себя болезненные эрозии. 10 лет назад перенесла болезнь Боткина.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре полости рта на неизменной слизистой оболочке щек, неба и нижней поверхности языка эрозии ярко-красного цвета. На коже туловища и верхних конечностей пузыри размером от 0,5 до 2,0 см в диаметре. Часть пузырей напряжена, другая с вялой покрывкой, в одних пузырях содержимое прозрачное, в других

- мутное. На месте вскрывшихся пузырей остаются мокнущие, полициклических очертаний эрозии. Некоторые из них покрыты коричневатыми корками. При надавливании на пузырь жидкость отслаивает прилежащие участки эпидермиса и пузырь перемещается. При потягивании обрывков покрывки пузыря происходит отслойка эпидермиса за пределы пузыря.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
4. Методы лечения данного дерматоза.
5. Рекомендации больной после клинического выздоровления.

Задача №2

На прием к врачу обратилась больная 25 лет с жалобами на болезненные язвочки в полости рта, а также появление пузырей вокруг пупка, в подмышечных и паховобедренных складках, под молочными железами.

ИЗ АНАМНЕЗА: считает себя больной в течение 3,5 месяцев. Когда впервые появились пузыри в полости рта. Пузыри быстро вскрывались, оставляя после себя болезненные эрозии. К врачу не обращалась. Лечилась самостоятельно - полоскала рот отварами трав, эффекта от лечения не было. За этот период времени больная похудела на 8 кг, так как из-за сильной болезненности не могла нормально питаться. Стали появляться пузыри на коже вокруг пупка, в подмышечных и пахово-бедренных складках, под молочными железами. Пузыри вскрывались, оставляя после себя болезненные эрозии. Из-за болезненности активные движения затруднены.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре полости рта на неизменной слизистой оболочке твердого неба, обеих щек и на языке болезненные эрозии ярко-красного цвета. На коже вокруг пупка, подмышечных и пахово-бедренных складках, под молочными железами многочисленные вялые пузыри, наполненные мутноватой серозной жидкостью, обширные эрозии. На фоне эрозированной поверхности имеются папилломатозные разрастания. Симптом Никольского положительный. При надавливании на невскрывшийся пузырь жидкость отслаивает прилегающие участки эпидермиса и пузырь смещается.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
4. Методы лечения данного дерматоза.
5. Рекомендации больной после клинического выздоровления.

Задача №3

На прием к врачу обратился мужчина 45 лет с жалобами на высыпания пузырей, волдырей и красных пятен на коже туловища и руках, слизистой полости рта, сопровождающиеся зудом и жжением.

ИЗ АНАМНЕЗА: заболел две недели назад. Начало заболевания связывает с сильными нервным и физическим переутомлением. Первоначально возник зуд, а затем появились сгруппированные пузыри на коже туловища, позже появились высыпания в полости рта. Из перенесенных заболеваний отмечает редко ОРЗ, грипп, хроническую пневмонию.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Высыпания носят распространенный характер. На коже - азгибательных поверхностей конечностей, туловища, шеи сгруппировано расположенные

пузыри размером с горошину, напряженные, с прозрачным содержимым, пятнисто-папулезные и уртикарные элементы, эскориации, эрозии, корочки. В полости рта на слизистой сгруппированные пузыри размером до горошины с прозрачным содержимым. Слизистая оболочка вокруг пузырей отечна и гиперемирована. На месте вскрывшихся пузырей эрозии с тенденцией к эпителизации. Симптом Никольского отрицательный. Прием пищи затруднен.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
4. Наметьте план лечения, укажите прогноз.
5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

Задача №4

На кафедру кожных и венерических болезней КрасГМА обратилась больная 35 лет с жалобами на болезненные эрозии в полости рта в течение 3 месяцев. Стоматологом диагностирован афтозный стоматит, лечение местными средствами не эффективно. В анамнезе у больной в детстве ДЖВП, лямблиоз, редко – ОРВИ. При осмотре в полости рта видны несколько эрозий в различной локализации. Общее состояние удовлетворительное.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать поражение слизистой у данной больной?
4. Наметьте план лечения.
5. Укажите прогноз.

Задача №5

У мужчины 60 лет в течение 6 месяцев имеются интенсивно зудящие высыпания пузырей и корочек в области колен, предплечий. При осмотре в указанной локализации видны сгруппированные множественные пузыри до 1 см в диаметре с плотной покрывкой.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. С какой соматической патологией может быть связано данное заболевание?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать поражение кожи у данного больного?
5. Наметьте план лечения, укажите прогноз

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Классификация пузырных дерматозов.
2. Акантолитические пузырные дерматозы.
3. Неакантолитические пузырные дерматозы.
4. Дифференциальная диагностика пузырных дерматозов.

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

1. Акантолитическая пузырчатка. Клиника. Диагностика.
2. Лечение акантолитической пузырчатки.

3. Кортикостероиды в дерматологии. Осложнения стероидной терапии.
4. Дифференциальная диагностика буллезных дерматозов.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		

Электронные ресурсы

1	Пузырные дерматозы [Электронный ресурс] : интерактив. занятие. - Режим доступа: http://krasgmu.ru/sys/files/ebooks/54735/54735 . Ю.В. Карачева. - Красноярск : КрасГМУ, 2015.
2	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов. - Красноярск: КрасГМУ, 2015
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №22

**ТЕМА: «Васкулиты. Этиология. Патогенез. Клинические проявления.
Диагностика. Лечение»**

Индекс темы ОД.О. 01.1.2.22

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №22

Тема: «Васкулиты. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание аллергических васкулитов необходимо дерматологам в связи с большой распространенностью, многообразием клинических форм, трудностью дифференциальной диагностики, тяжестью течения и полиорганностью поражения при этих заболеваниях.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

-готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

-готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

-готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

-готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

-готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

-учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению васкулитов кожи.

– знать:

– сходство и различие васкулитов кожи и системных васкулитов.

– классификацию васкулитов в зависимости от диаметра пораженных сосудов.

– классификацию васкулитов мелких сосудов.

– этиологию и патогенез аллергических васкулитов.

– клинические проявления васкулитов на коже и слизистой оболочке полости рта у взрослых и детей; васкулитов.

уметь:

- определить первичные и вторичные морфологические элементы на коже, губах и слизистой оболочке полости рта.
 - поставить предварительный диагноз.
 - провести дифференциальную диагностику аллергических васкулитов с другими дерматозами.
 - составить алгоритм обследования и лечения больных.
-
- владеть:
 - диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. СИНДРОМ МАРТОРЕЛЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) отложение иммунных комплексов в сосудах;
- б) флебита;
- в) спазма артериол;
- г) облитерирующего тромбангиита;
- в) жировой эмболии.

2 ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ И КИШЕЧНИКА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ АТРОФИЧЕСКОМ ПАПУЛЕЗЕ ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6)

- а) облитерирующего тромбангиита;
- б) спазма артериальных сосудов;
- в) воспаления вен;
- г) сегментарно гиалинизирующего васкулита;
- д) аномалия базальной мембраны сосудов.

3. ГЛАВНУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТОВ КОЖИ ИГРАЕТ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- а) тромбоэмболия;
- б) отложение иммунных комплексов;
- в) атеросклеротические изменения в сосудах;
- г) тромбофлебит;
- д) ангиоспазм.

4. ПУРПУРА ПРИ СИНДРОМЕ ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА ОБУСЛОВЛЕНА (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) отложением иммунных комплексов;
- б) тромбоцитопенией;
- в) ангиоспазм;
- г) аллергическим воспалением сосудов;
- д) дефектами базальной мембраны сосудов.

5. ВОСПАЛЕНИЕ ИГРАЕТ ОСНОВНУЮ РОЛЬ В РАЗВИТИИ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) сенильной пурпуры;
- б) молниеносной пурпурой;
- в) анафилактоидной пурпуры;
- г) тромбоцитопенической пурпуры;
- д) пурпуры при цинге.

6. В ОСНОВЕ ПСЕВДОСАРКОМЫ КАПОШИ ТИПА МАЛИ ЛЕЖИТ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) пролиферация незрелых клеток;
- б) хроническая венозная недостаточность;
- в) отложение иммунных комплексов;
- г) артериовенозные фистулы;
- д) артериосклероз артериол.

7. ПОЛИКЛОНАЛЬНАЯ КРИОГЛОБУНЕМИЯ НЕ ХАРАКТЕРНА (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- а) для системной красной волчанки
- б) для синдрома Шегрена;
- в) для лейкоцитокластического васкулита;
- г) для миеломной болезни;
- д) для ревматоидного артрита.

8. В ГРУППУ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫХ ВАСКУЛИТОВ НЕ ВХОДИТ (УК-1, ПК-1, ПК-5)

- а) болезнь Вегенера;
- б) височный артериит;
- в) болезнь Черджа-Строс;
- г) гиперергический васкулит кожи;
- д) срединная гранулема лица.

9. ОСОБЕННОСТЬЮ УЗЛОВОЙ ЭРИТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИЕРСИНИОЗОМ ПО СРАВНЕНИЮ С ТАКОВОЙ ПРИ САРКОИДОЗЕ, ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) боле частое поражение мужчин;
- б) хроническое рецидивирующее течение;
- в) регрессирование через 2-3- нед.;
- г) генерализованное поражение кожи;
- д) сильная болезненность.

5.2. Основные понятия и положения темы.

ВАСКУЛИТЫ КОЖИ (ВК)

Этиология. Неоднородная группа заболеваний полиэтиологического характера. Выяснение причины заболевания у конкретного больного иногда представляет большие трудности, особенно при наличии поливалентной сенсibilизации. Примерно в 30% случаев этиологический фактор установить не удастся.

Патогенез. Ведущим звеном в патогенезе аллергических васкулитов является гиперчувствительность, которая, независимо от преимущественного механизма иммунного ответа, приводит к поражению стенки сосуда. Различа 2 варианта иммунного

ответа: лейкоцитокластический (иммунокомплексный механизм) и лимфомоноцитарный (клеточный механизм).

КЛАССИФИКАЦИЯ ВАСКУЛИТОВ КОЖИ.

Единой общепринятой классификации нет, что объясняется сложностью проблемы. В данную классификацию включены и некоторые системные васкулиты, часто встречающиеся в практике дерматолога.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ФОРМ ВАСКУЛИТОВ.

Полиморфный дермальный ангиит, как следует из названия, отличается разнообразием проявлений. Наиболее характерны геморрагические пятна, наряду с которыми могут образоваться воспалительные узелки, пустулы, папуло-некротические элементы, пузырьки, пузыри, иногда волдыри. В качестве вторичных высыпаний возможно появление эрозий; поверхностных некрозов и язв с последующим рубцеванием. Все элементы сыпи отличаются болезненностью. Преобладание одного из перечисленных первичных высыпаний позволяет выделять различные типы заболевания.

Геморрагический тип - чаще системное заболевание, возникающее преимущественно у детей в возрасте от 4 до 11 лет вслед за перенесенным инфекционным заболеванием (обычно после ангины) с инкубационным периодом в 1-2 недели. Характерно сочетание отечных геморрагических пятен, так называемой «пальпируемой пурпурой», артралгии и схваткообразных болей в животе. Приблизительно у половины больных выявляется гематурия и протеинурия, однако почечная недостаточность развивается сравнительно редко. Заболевание может сопровождаться лихорадкой. Длительность течения – от 4-5 недель до нескольких месяцев.

Папулонекротический тип проявляется небольшими плоскими или полушаровидными воспалительными нешелушающимися узелками, в центральной части которых формируется сухой струп. После его отторжения образуются округлые неглубокие болезненные язвочки, оставляющие мелкие «штампованные» рубчики. Высыпания обычно располагаются на разгибательных поверхностях конечностей. Наряду с узелками могут быть эритематозные геморрагические пятна. Течение хроническое с обострениями. Клинически заболевание имитирует проявления папулонекротического туберкулеза, которым следует проводить тщательную дифференциальную диагностику.

Пустулезно-язвенный тип (гангренозная пиодермия) начинается с появления небольших, сгруппированных, болезненных везикулопустул со стерильным содержимым, напоминающих стафилококковые фолликулиты. Высыпания быстро приобретают геморрагическую окраску и изъязвляются. Язва резко болезненна, имеет неровное дно с легко кровоточащими грануляциями кровянисто-гнойным отделяемым. Края язвы синюшно-красного цвета, приподняты в виде валика, подрыты, умеренно инфильтрированы. В пределах геморрагической краевой зоны видны мелкие пустулы и сгруппированные изъязвления, очаги некроза. Язва неуклонно увеличивается в размерах за счет периферического роста, может самостоятельно частично рубцеваться оставляя плоские или гипертрофические рубцы. Характерны рецидивы старых мест. Любая травма кожи (в том числе оперативное вмешательство) вызывает формирование новых очагов поражения по типу изоморфной реакции. Поражения чаще локализуются на голенях, коже живота.

Некротическо-язвенный тип характеризуется острым (иногда молниеносным) началом, возможен летальный исход. Иногда процесс принимает тяжелое течение. Некроз участков кожи обусловлен острым тромбозом мелких сосудов; образованию струпа предшествует

геморрагическое пятно и пузырь. После отторжения струпа образуются медленно рубцующиеся язв. Процесс сопровождается сильными местными болями. Преимущественная локализация – нижние конечности и ягодицы.

Хроническая пигментная пурпура (болезнь Шамберга-Майокки) представляет собой хронический дермальный капилярит без признаков системности и субъективных ощущений. Это группа хронических пурпур неясной природы, характеризующихся выходом эритроцитов из сосудов и отложением гемосидерина. Согласно последним данным, причиной развития процесса является опосредованная лимфоцитами иммунная реакция на пока неустановленные циркулирующие антигены. В зависимости от клинических особенностей принято выделять несколько разновидностей геморрагически-пигментных дерматозов: петехиальный, телеангиэктатический, лихеноидный и экзематоидный.

Ливедо-ангиит чаще встречается у женщин. На туловище и конечностях, чаще нижних, появляются стойкие синюшные пятна, формирующие своеобразный сетчатый или ветвистый рисунок кожи, резко усиливающийся при охлаждении. Со временем интенсивность окраски увеличивается, появляются мелкие узелки, кровоизлияния, некрозы. При более тяжелом течении в пределах крупных пятен ливедо образуются болезненные довольно крупные узелки и узлы. Часть их подвергается некрозу с образованием глубоких в центральной части которых формируется сухой струп. после его отторжения образуются круглые неглубокие болезненные язвочки, оставляющие мелкие «штампованные» рубчики. Высыпания обычно располагаются на разгибательных поверхностях конечностей. Наряду с узелками могут быть эритематозные геморрагические пятна. Течение хроническое с обострениями. Клинически заболевание симулирует проявления папулонекротического туберкулеза, которым следует проводить тщательную дифференциальную диагностику.

Таким образом, для постановки диагноза необходимо провести детальное обследование больного:

- тщательный сбор анамнеза (в том числе сведения о приеме лекарственных препаратов, вакцинации и пр.);
- оценка общего состояния (лихорадка, слабость, головная боль);
- оценка признаков системности (артралгии, миалгии, желудочно-кишечные расстройства, лимфаденопатии);
- поиск очагов хронической инфекции;
- клинический анализ крови (лейкоцитоз, лейкопения, эозинофилия, снижение содержания гемоглобина, тромбоцитопения);
- анализ мочи (белок, выщелоченные эритроциты, цилиндры);
- общий белок крови, белковые фракции;
- IgA, G, M;
- С-реактивный белок;
- комплемент;
- циркулирующие иммунные комплексы;
- антистрептолизин О;
- коагулограмма (длительность кровотечения, количество тромбоцитов, ретракция кровяного сгустка, активированное парциальное тромбопластиновое время, протромбиновый и тромбиновый тесты, фибринолитическая активность и др.);
- гистопатологическое исследование кожи;
- иммунофлюоресцентное исследование:

- ✓ антитела к тромбоцитам,
- ✓ антитела к цитоплазме нейтрофилов,
- ✓ антитела к базальной мембране почечных клубочков,
- ✓ отложение IgA и криоглобулинов в стенках сосудов.

Учитывая большой объем и сложность обследования, а также необходимость соблюдения постельного режима, больных ВК следует госпитализировать.

При ведении больного ВК следует избегать полипрагмазии, так как многие медикаменты могут сенсibilизировать пациента. Больным противопоказаны прививки, постановка проб с бактериальными аллергенами, употребление пищевых продуктов с консервантами, алкоголь, переохлаждение, физические нагрузки.

Наружное лечение необходимо, главным образом, при эрозивно-язвенных высыпаниях; обычно назначают 1-2% растворы анилиновых красителей, эпителизирующие кремы, а также мази (кремы), содержащие комбинацию ГК и противомикробного средства.

Наружное лечение при острой узловатой эритеме в острый период заключается в назначении тепла в форме сухих согревающих повязок. По мере разрешения воспалительных явлений можно рекомендовать местные ультрафиолетовые облучения в субэритемных дозах, наружные средства, содержащие нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, диклофенак), а также согревающие компрессы с 5-10% раствором ихтиола.

Благоприятное влияние на разрешение узлов при хронической узловатой эритеме оказывают сухие согревающие повязки.

Только многосторонний клиничко-лабораторный подход к обследованию пациента с использованием современных иммунологических методов позволяет правильно определить форму васкулита и обосновать необходимую терапию.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНГИИТОВ (ВАСКУЛИТОВ) КОЖИ (О.Л.ИВАНОВ)

1. Ангииты дермальные		
Клинические формы	Синонимы	Основные проявления
Ангиит полиморфный, дермальный тип	Синдром Гужеро-Дюперра, артериолит Рюитера, Гужеро-Рюитера болезнь, васкулит некротизирующий, васкулит лейкокластический	
Ангиит полиморфный, уртикарный геморрагический	Васкулит уртикарный. Васкулит геморрагический, микробид геморрагический лейкоцитокластический Мишера-Шторка, пурпура анафилактоидная Шенлейна-Геноха, капилляротоксикоз геморрагический	Воспалительные пятна, волдыри. Петехии, отёчная пурпура, экхимозы, геморрагические пузыри
Ангиит полиморфный, папулонодулярный	Аллергид нодулярный дермальный Гужеро	Воспалительные узелки и бляшки, мелкие отёчные узлы.
Ангиит полиморфный, папулонекротический	Дерматит некротический нодулярный Вертера-Дюемлинга	Воспалительные узелки с некрозом в центре, «штампованные» рубчики.
Ангиит полиморфный,, пустулёзно-язвенный	Дерматит язвенный, пиодермия гангренозная	Везикулопустулы, эрозии, язвы, рубцы.

Ангиит полиморфный,, некротически- язвенный	Пурпура молниеносная	Геморрагические пузыри, геморрагический некроз, язвы, рубцы.
Ангиит полиморфный,, полиморфный	Гужеро-Дюперра трёхсимптомный синдром, полиморфнонодулярный тип артериолита Рюитера	Чаще сочетание волдырей, пурпуры и поверхностных мелких узлов. Возможно сочетание любых элементов.
Ангиит полиморфный,, пурпура пигментная хроническая, тип:	Дерматозы геморрагически- пигментные, болезнь Шамберга-Майокки.	
петехиальный	Пурпура пигментная стойкая прогрессирующая Шамберга, бол-нь Шамберга.	Петехии, пятна гемосидероза.
телеангиэктатический	Пурпура телеангиэктатическая Майокки.	Петехии,телеангиэктазии, пятна гемосидероза.
лихеноидный	Ангиодермит пигментный пурпурозный лихеноидный Гужеро-Блюма.	Петехии,лихеноидные папулы, телеангиэктазии, пятна гемосидероза.
экзематоидный	Пурпура экзематоидная Дукаса-Капетанакиса.	Петехии,эритема, лихенификация, чешуе- корочки, пятна гемосидероза.
2. Ангииты дермо-гиподермальные		
Ливедо-ангиит	Кожная форма узелкового периартериита, васкулит некротизирующий, ливедо с узлами, ливедо с изъязвлениями.	Ветвистое или сетчатое ливедо, узловатые уплотнения, геморрагические пятна, некрозы, язвы, рубцы.
3. Ангииты гиподермальные		
Ангиит узловатый: -эритема узловатая острая		Отёчные ярко-красные узлы, артралгии, лихорадка.
-эритема узловатая хроническая	Васкулит узловатый	Рецидивирующие узлы без выраженных общих явлений.
-эритема узловатая мигрирующая.	Гиподермит переменный Вилановы-Пиноля, эритема мигрирующая Бевферштедта, Вилановы бол-нь.	Асимметричный плоский узел, растущий по периферии и разрешающийся в центре.
Ангиит узловато- язвенный	Васкулит нодулярный, эритема индуративная, нетуберкулёзная.	Плотные узлы с изъязвлением.
4. Смешанные и переходные формы		

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение истории болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача № 1

У девочки 3-х лет на фоне полного здоровья в течение суток появилась лихорадка, сонливость и ригидность затылочных мышц. Через 6 часов возникла быстро прогрессирующая геморрагическая сыпь.

При обследовании температура 40°C, пульс 160/мин; частота дыхания (ЧД) 50/мин; АД 60/40 мм рт. ст. Неврологическое обследование сонливость и менингеальные симптомы. На коже туловища и конечностей геморрагическая сыпь представленная четко отграниченными пятнами неправильных очертаний темно-красного и бурого цвета (экхимозами, петехиями и пурпурами), а также очагами некроза на ногах, нижней части живота и ягодицах.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. Число лейкоцитов крови $45 \times 10^9/\text{л}$; доля палочкоядерных нейтрофилов составляет 90%; количество тромбоцитов $90 \times 10^9/\text{л}$. Коагулограмма: протромбиновое время 17 с, активированное частичное тромбопластиновое время 45 с, уровень фибриногена 150 мг%, понижение уровня V и VT11 фактора свертывания, D-димеры 8 мг/мл, уровень протеина С 30% (норма 77-124%), уровень протеина S 40% (норма 62-117%). Биопсия очага поражения: тромбы из фибрина в мелких сосудах, кровоизлияния, некроз, признаков воспаления нет. Исследование спинномозговой жидкости: концентрация белка 100 мг%, число клеток в спинномозговой жидкости $0.5 \times 10^6/\text{л}$ (из них 75% представлены нейтрофилами), глюкоза крови 20 мг%, окраска по Граму выявила грамотрицательные диплококки.

1. О каком симптомокомплексе может идти речь, исходя из клинической картины?
2. При каких заболеваниях этот симптомокомплекс встречается?
3. На чем основана диагностика данного симптомокомплекса?
4. Назначьте лечение.
5. Перечислите возможные осложнения.

Задача №2

У девочки, которой исполнилось 16 лет, фиолетовые высыпания, образующие сетчатый рисунок, впервые возникли на тыле стоп в возрасте 10 лет. В течение 6 лет высыпания постепенно распространились на туловище и конечности. Кроме высыпаний больную больше ничего не беспокоит. Она не принимает никаких лекарственных средств, включая отпускаемые без рецепта, не курит.

При обследовании основные физиологические показатели в норме. На коже туловища и конечностей фиолетовые высыпания, образующие сетчатый рисунок. Преимущественная локализация высыпаний на тыле стоп и передней поверхности голени, в меньшей степени — на предплечьях, кистях и нижней части туловища. Высыпания бледнеют при диаскопии, становясь желтовато-бурыми из-за отложения гемосидерина. Высыпания не пальпируются. Капилляры задних ногтевых валиков не изменены. Других патологических изменений не выявлено.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. Общий анализ крови с определением количества тромбоцитов и СОЭ в норме. Активность амилазы и липазы крови нормальная. Серологические реакции на сифилис отрицательные.

1. Как называется такая реакция кожи?
2. Дайте определение данной реакции кожи.
3. Что лежит в основе развития этой реакции кожи?
4. Какие варианты данного заболевания существуют?

5. Какие лекарственные средства являются наиболее эффективными в терапии данного заболевания?

Задача №3

К дерматовенерологу обратился больной 38 лет с жалобами на появление многочисленных высыпаний на ногах.

Больным себя считает в течение месяца, когда впервые появились множественные оранжево-коричневые пятна на ногах. Некоторые пятна со временем стали исчезать, оставляя пигментацию. Со стороны внутренних органов отмечает первичный билиарный цирроз печени.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на коже голени и около лодыжек. Высыпания представлены оранжево-коричневыми пятнами различной формы и размеров, а также оранжево-коричневыми крапинками размером с булавочную головку в виде «кайенского перца».

1. Поставьте диагноз. Дайте определение заболеванию.
2. У кого чаще встречается данная патология?
3. Перечислите агенты, провоцирующие заболевание.
4. Течение и прогноз заболевания.
5. Дифференциальная диагностика заболевания.

Задача №4

К дерматовенерологу обратилась мать с ребенком 7 лет с жалобами на появление у ребенка сыпи на ногах и ягодицах, повышение температуры тела до 38,0С, болями в суставах.

При осмотре на коже голени, бедер и ягодиц пурпурозные папулы величиной от булавочной головки до 2см (пальпируемая пурпура). Выраженный отек голени и лодыжек.

1. Поставьте диагноз. Дайте определение заболеванию.
2. Этиология и патофизиология заболевания.
3. Кто подвержен самому большому риску развития данной патологии?
4. На чем базируется диагностика заболевания?
5. Признаки заболевания со стороны внутренних органов?

Задача №5

К дерматовенерологу обратился больной 40 лет с жалобами на появление многочисленных высыпаний на ногах.

Больным себя считает в течение месяца, когда впервые появились множественные оранжево-коричневые пятна на ногах. Некоторые пятна со временем стали исчезать, оставляя пигментацию. Со стороны внутренних органов отмечает первичный билиарный цирроз печени.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на коже голени и около лодыжек. Высыпания представлены оранжево-коричневыми пятнами различной формы и размеров, а также оранжево-коричневыми крапинками размером с булавочную головку в виде «кайенского перца».

1. Поставьте диагноз. Дайте определение заболеванию.
2. У кого чаще встречается данная патология?
3. Перечислите агенты, провоцирующие заболевание.
4. Течение и прогноз заболевания.
5. Дифференциальная диагностика заболевания.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Классификация ангиитов.
2. Этиология и патогенез васкулитов.
3. Лечение васкулитов.

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

1. Дифференциально-диагностические критерии васкулитов кожи.
2. Алгоритм обследования больных васкулитами.
3. Алгоритм лечения больных васкулитами.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 201.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
2.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева,	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.		

Электронные ресурсы

1	ЭБС Консультант студента
2	ЭБС Colibris
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭМБ Консультант врача
5	ЭБС ibooks
6	НЭБ e-Library
7	БД Nature
8	БД SAGE Premier
9	БД Oxford University Press
10	БД Scopus
11	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №23

ТЕМА: «Заболевания слизистых оболочек и красной каймы губ»

Индекс темы ОД.О.01.1.2.23

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №23

Тема: «Заболевания слизистых оболочек и красной каймы губ»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей заболеваний слизистых оболочек и красной каймы губ необходимо дерматологам в связи с многообразием клинических форм, тяжестью течения и резистентностью к лечению.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

-готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

-учебная: подготовить специалистов по диагностике заболеваний слизистых оболочек и красной каймы губ.

- знать:

– клинические формы заболеваний слизистых оболочек и красной каймы губ.

– особенности классификации, течения заболеваний слизистых оболочек и красной каймы губ.

– диагностические тесты, позволяющие верифицировать заболевания слизистых оболочек и красной каймы губ.

– дифференциальную диагностику заболеваний слизистых оболочек и красной каймы губ.

– методы лечения и диспансеризацию больных с заболеваниями слизистых оболочек и красной каймы губ.

- уметь:

- собрать жалобы и анамнез у пациента с хейлитом.
- описать пораженную слизистую оболочку у пациента с хейлитом.
- составить алгоритм обследования и лечения больного с хейлитом.
- владеть:
- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ДРОЖЖЕВОЙ ГЛОССИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- а) лейкоплакией;
- б) твердым шанкром;
- в) мягким шанкром;
- г) раковой язвой;
- д) шанкриформной пиодермией.

2. СИНДРОМ ГРИНШПАНА – ЭТО (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) сочетание эрозивно – язвенной формы красного плоского лишая с сахарным диабетом и гипертонией;
- б) сочетание эрозивно – язвенной формы красного плоского лишая с атрофической формой;
- в) сочетание типичной формы КПЛ с сахарным диабетом;
- г) сочетание буллезной формы КПЛ с патологией печени;
- д) осложненная форма красного плоского лишая.

3. В РАЗВИТИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

- а) дентальная патология;
- б) прием седативных препаратов;
- в) кандидозный стоматит;
- г) патология слюнных желез;
- д) заболевания желудочно – кишечного тракта.

4. КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- а) сифилитическими папулами;
- б) розовым лишаем Жибера;
- в) лейшманиозом;
- г) строфулюсом;
- д) склеродермией.

5. ПОЯВЛЕНИЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА НЕ ЗАВИСИТ ОТ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) генетической предрасположенности;
- б) наличия хронических заболеваний;
- в) эндокринной патологии;

- г) дентальной патологии;
- д) сосудистой патологии.

6. КАНДИДОЗНУЮ ЗАЕДУ НЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) сифилитическими папулами;
- б) твердым шанкром;
- в) стрептококковой заедой;
- г) периоральным дерматитом;
- д) розеолой.

7. ПАТОГИСТОЛОГИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ (УК-1, ПК-1)

- а) фибриноидная дегенерация;
- б) акантолиз;
- в) паракератоз;
- г) гипергранулез;
- д) микроабсцессы Мунро.

8. ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ НЕ ПОРАЖАЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

- а) слизистая полости рта;
- б) кожа конечностей и туловища;
- в) красная кайма губ;
- г) наружные покровы гениталий;
- д) система крови

9. МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) бугорки;
- б) папулы;
- в) пузыри;
- г) эрозии и язвы на слизистых;
- д) бляшки.

10. ДЛЯ ПАПУЛ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8)

- а) симптомом «проваливания зонда»;
- б) сетка Уикхема;
- в) симптомом «стеаринового пятна»;
- г) форма медальона;
- д) симптом «терминальной пленки».

5.2. Основные понятия и положения темы.

Поражение слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при острых и хронических инфекционных заболеваниях:

1. Скарлатина: малиновый язык, налет, «пылающий зев», катаральный гингивит, высыпания на коже, нарушение общего состояния.

2. Корь: пурпурные пятна, пятна Бельского – Филатова – Коплика, высыпания на коже, нарушение общего состояния.
3. Краснуха: неспецифические катаральные изменения, высыпания на коже, общее состояние удовлетворительное.
4. Ветряная оспа: идентичность высыпаний на коже и слизистой оболочки полости рта/красной каймы губ.
5. Инфекционный мононуклеоз: катаральный стоматит, язвенный гингивит, нарушение общего состояния, лимфаденит.
6. Туберкулез. Первичный туберкулез слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Туберкулезная волчанка. Скрофулодерма. Милиарно-язвенный туберкулез.
7. Лепра.

Инфекционные и паразитарные заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ:

1. Импетиго. Стрептококковая заеда. Рожа. Шанкриформная пиодермия. У больных СПИДом, на фоне выраженного иммунодефицита возможно развитие шанкриформной пиодермии.

2. Кандидоз: дрожжевой стоматит, глоссит, кандидоз миндалин, углов рта (заеда). Актиномикоз.

3. Стоматит Венсана (язвенно-некротический гингивостоматит):

Заболевание вызывает условно-патогенная анаэробная флора полости рта - веретенообразные палочки (*Bacillus fusiformis*, *Clostridium multiforme*) и спирохеты (*Borellia Vinsenti*, *Borellia buccalis*), которые приобретают вирулентность на фоне понижения иммунитета.

Чаще болеют молодые, практически здоровые мужчины в возрасте от 17 до 30 лет.

Локализация - десневой край (всегда), щека, ретромолярная область, миндалины - ангина Венсана (редко).

Симптомы.

. Повышение температуры тела до 37,5-38 0С.

. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации, подвижны.

. Гнилостный запах изо рта.

. Кровоточивость и резкая боль десны.

Клиническая картина. Десна гиперемирована, отечна, по десневым сосочкам и маргинальному краю очаги некроза, покрытые трудно снимающимся серым, серо-зеленым налетом; под некротическими массами – язвенная поверхность, которая может распространяться на прилежащую слизистую оболочку щеки и ретромолярную область, что приводит к тризму, болезненности при глотании и припухлости щеки за счет отека окружающих тканей.

Диагностика основана на:

. клинических данных;

. бактериоскопического исследования налета (в мазке, окрашенном азурэозином, на фоне эпителиальных клеток и элементов неспецифического воспаления обнаруживается большое количество веретенообразных палочек и спирохет);

. данных клинического анализа крови, характерной для неспецифического воспалительного процесса (небольшой лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, умеренное увеличение СОЭ).

4. Язвенно-некротический гингивит в ретромолярной области при прорезывании зуба.

5. Язвенно-некротический гингивит: значительное деструктивное поражение костной ткани зубов нижней челюсти, при запущенном течении болезни:

Гистологическая картина. Изъязвление слизистой оболочки с некрозом поверхностного слоя, подлежащая ткань отечна, инфильтрирована нейтрофилами и лимфоцитами.

Особенности ведения больных.

. Домашний режим.

. Ежедневная, профессиональная обработка зубов и Слизистой оболочки полости рта.

Лечение:

Местное:

. Аппликационная анестезия (2% раствор тримекаина, лидокаина).

. Протеолитические ферменты (трипсин, химопсин).

. Антисептики, содержащие кислород, хлор (растворы перманганата калия - 1:5000, перекиси водорода 1-2%, хлорамина - 0,25%, хлоргексидина - 0,06%).

. Метронидазол, Цифран СТ (в виде аппликаций размягченных таблеток на десневой край на 15-20 мин или геля метрогил- дента).

Общее:

. Антибиотики (при тяжелой форме болезни) Цифран СТ

. Метронидазол внутрь по 0,25 г 3 раза в день, в течение 5-7 дней.

. Витамин С (до 1 г в день).

. Антигистаминные препараты (супрастин, фенкарол по 1 табл. 2-3 раза в день).

Прогноз благоприятный (выздоровление наступает в сроки от 3 до 7 дней; рецидивы возможны при плохом гигиеническом состоянии полости рта).

6. Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ: простой герпес, опоясывающий; бородавки плоские, остроконечные.

7. Аллергические заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ: контактный аллергический стоматит, токсикодермии, отек Квинке, крапивница.

ХЕЙЛИТЫ

Хейлиты (cheilitis) – доброкачественные воспалительные заболевания губ.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Хейлиты подразделяют на истинные (контактные, актинический, эксфолиативный, glandулярный) и симптоматические (атонический, медикаментозный, инфекционный, синдром Мелькерссона-Розенталя, хейлиты при различных дерматозах).

КОНТАКТНЫЕ ХЕЙЛИТЫ

Контактные хейлиты – воспалительные заболевания красной каймы губ, возникающие в результате непо- средственного контакта губ с различными экзогенными факторами.

Простой контактный хейлит – воспалительное заболевание кожи красной каймы губ, возникающее в ответ на однократный контакт с облигатным (сверхпороговым) раздражителем.

Этиология и патогенез. Простой контактный хейлит вызывается различными облигатными раздражителями физической и химической природы.

Клиническая картина. Возникают последовательно эритема, пузырь, струп (некроз) с четкими границами очагов поражения, повторяющими площадь действия поражающего агента. Выраженность клинических проявлений зависит от силы и продолжительности действия поражающего облигатного фактора. Пациенты предъявляют жалобы на болезненность и жжение.

Частным случаем простого контактного хейлита является метеорологический хейлит, который обусловлен длительным, повторяющимся сочетанным действием

неблагоприятных метеорологических факторов: повышенная или пониженная влажность, ветер, холод, запыленность воздуха, инсоляция и др. Характерна сезонность течения. Обычно поражается красная кайма нижней губы. Развиваются эритема, небольшая инфильтрация, мелкопластинчатое шелушение в области красной каймы губ. Больных беспокоят сухость, чувство стягивания кожи губы.

Диагностика основывается на данных анамнеза, жалобах, а также обнаружении характерных высыпаний с четкими контурами.

Лечение. Устанавливают причину и прекращают воздействие поражающего фактора. Показана наружная противовоспалительная терапия. При эритеме и пузыре назначают кремы с топическими глюкокортикоидами сроком на 5-7 дней. В случае присоединения вторичной инфекции показаны комбинированные препараты, включающие кортикостероид и антибактериальный или дезинфицирующий агент. При струпях показаны дезинфицирующие или антибактериальные мази, с помощью которых можно бережно удалить корки и некротические массы, в дальнейшем – мази и гели, стимулирующие регенераторные процессы.

При метеорологическом хейлите рекомендуют обжиряющие и увлажняющие губные помады, восковую мазь (содержит масло какао, парафин, ланолин, вазелин), фотозащитные кремы, а также губные помады с фотозащитным эффектом (UVA и UVB-фильтры). Важно максимально уменьшить действие факторов, являющихся причиной заболевания. При выраженном воспалении возможно кратковременное (на 1-2 дня) применение нефторированного кортикостероидного крема. Внутрь могут быть назначены витамины группы В, никотиновая кислота.

Аллергический контактный хейлит – воспалительное заболевание кожи красной каймы губ, возникающее в ответ на многократный (более 2 раз) ее контакт с факультативным раздражителем (аллергеном).

ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ХЕЙЛИТ

Эксфолиативный хейлит – воспалительное заболевание красной каймы губ с генетической предрасположенностью, относящееся к группе психосоматических дерматозов.

Этиология и патогенез. Эксфолиативный хейлит возникает у лиц со склонностью к постоянному облизыванию губ, что является в ряде случаев навязчивым действием. Клиническая картина. При обеих формах эксфолиативного хейлита процесс локализуется на половине красной каймы губ, прилежащей к слизистой оболочке.

При экссудативной форме в указанной локализации появляются корки серовато-желтого или желтовато-коричневого цвета. После снятия корок обнажается гладкая красная, слегка влажная поверхность. Слизистая оболочка в зоне Клейна умеренно гиперемирована и отечна, может быть покрыта легко удаляющимся серовато-белым налетом. Больных беспокоят жжение, болезненность и склеивание губ.

Сухая форма характеризуется тонкими светло-желтыми или бледно-серыми чешуйками, напоминающими смолу, плотно прикрепленными в центре. При снятии чешуек обнажается сухая гиперемированная красная кайма губ.

Диагностика основана на типичной клинической картине и поведенческих особенностях пациентов. Необходимы обследование функции щитовидной железы и консультация психоневролога.

Лечение. Показаны психотерапевтическая коррекция, лечение тиреотоксикоза. Используют обжиряющие и увлажняющие кремы и мази, а также губные помады с аналогичным эффектом.

ГЛАНДУЛЯРНЫЙ ХЕЙЛИТ

Гландулярный хейлит – хроническое воспалительное заболевание красной каймы губ, возникающее вследствие гетеротопии, гиперплазии и гиперфункции мелких слюнных желез или их протоков в области красной каймы и зоны Клейна. Эта аномалия слюнных желез проявляется обычно после окончания полового созревания.

Этиология и патогенез. Заболевание провоцирует патология десен и зубного ряда. Возможно развитие вторичного glandулярного хейлита на фоне ряда хронических дерматозов (красная волчанка, красный плоский лишай и др.).

Клиническая картина. В области перехода слизистой оболочки в красную кайму губ, иногда и на красной кайме губ, видны расширенные устья слюнных желез в виде красных точек, из которых выделяются капельки слюны.

Диагностика. Учитывается типичная клиническая картина и выделение капель секрета слюнных желез после высушивания очага поражения. При необходимости проводят гистологическое исследование, которое выявляет наличие гетеротопичных слюнных желез.

Лечение. Гетеротопичные слюнные железы удаляют хирургически или с помощью электрокоагуляции, лазерной деструкции. При вторичном glandулярном хейлите показана терапия основного дерматоза.

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ХЕЙЛИТЫ

Атопический хейлит. Атонический хейлит является одним из симптомов атопического дерматита и может быть его единственным проявлением при ремиссии.

Клиническая картина. Чаще проявляется у детей и подростков. Поражается красная кайма губ и окружающая кожа. Чаще всего процесс более выражен в углах рта, а часть красной каймы, прилегающая к слизистой, остается непораженной.

Красная кайма инфильтрируется, шелушится, на ее поверхности образуются множественные тонкие радиарные бороздки. Сопровождается зудом.

Диагностика атопического хейлита основана на характерном атоническом анамнезе, выявлении других проявлений атопического дерматита.

Лечение. Проводят комплексную терапию атопического дерматита в соответствии с возрастной фазой и степенью тяжести обострения..

Медикаментозный хейлит. Медикаментозный хейлит – собирательная группа различных поражений красной каймы губ, возникающих при приеме медикаментов.

Наиболее частым проявлением медикаментозного хейлита является токсикодермия. Кроме того, возможно также изменение кожи красной каймы в результате побочного действия ряда препаратов (например, сухость губ и трещины на фоне терапии синтетическими ретиноидами).

Клиническая картина. Токсикодермия на губах может проявляться в виде гигантской или обычной крапивницы, фиксированной эритемы, буллезной токсикодермий, полиморфной эксудативной эритемы, синдрома Стивенса-Джонсона и синдрома Лайелла.

Диагностика медикаментозных хейлитов, являющихся проявлением токсикодермий, основывается на данных анамнеза, сочетании с другими проявлениями токсикодермий, положительных витральных тестах с аллергенами.

Лечение. Проводят комплексную терапию токсикодермий.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ХЕЙЛИТЫ

Инфекционные хейлиты – собирательная группа болезней с поражением красной каймы губ различными инфекционными агентами (стрептококки, дрожжеподобные грибы рода кандиды, вирус простого герпеса, бледная трепонема, микобактерия туберкулеза). Нередко

инфекционные хейлиты могут проявляться клинически в виде трещины в углах рта («ангулярные» хейлиты).

Стрептококковая заеда (*impetigo ftssurica, sea angulus infectiosus*) – разновидность стрептококкового импетиго, характеризуется появлением фликтены в углу рта, которая быстро вскрывается с формированием эрозии и линейной трещины, покрытых желтовато-серыми корками.

При первичном сифилисе на красной кайме губ первичная сифилома бывает в виде эрозии или язвы с плотно-эластическим инфильтратом в основании, часто покрытой плотно сидящей коркой, иногда она гипертрофируется.

При кандидозном хейлите имеются умеренный отек и синюшность красной каймы губ, а также тонкие сероватые пластинчатые чешуйки с приподнятыми краями, истончением кожи, радиарными бороздками, трещинами. Субъективно беспокоит сухость, небольшое жжение, иногда болезненность.

Простой герпес (*herpes simplex*) на губах сопровождается их отеком, появлением сгруппированных везикул. После вскрытия везикул образуются эрозии с мелкоциклическими очертаниями, покрытые геморрагическими корками.

ПОРАЖЕНИЯ ГУБ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ДЕРМАТОЗАХ

При дискоидной и диссеминированной красной волчанке выделяют четыре формы поражения красной каймы губ: типичную, форму без клинически выраженных атрофии и гиперкератоза, эрозивно-язвенную, глубокою форму Капоши-Ирганга. Характерен выход очага за пределы красной каймы губ.

При типичной форме возникают эритема, гиперкератоз и атрофия. Постепенно в центре очага формируется участок атрофии, по периферии которого – воспалительный валик. Возможно диффузное поражение, при котором вся красная кайма губы насыщенно-красного цвета, умеренно инфильтрирована, покрыта плотно сидящими сероватыми чешуйками. При поскабливании и удалении чешуек возникает болезненность (положительный симптом Бенъе–Мещерского).

Красный плоский лишай: В полости рта: слизистая оболочка щек, языка, губ (как правило, симметрично); слизистая оболочка губ в области центральных резцов и соприкасающиеся участки десны (атипичная форма); твердое и мягкое нёбо (инфильтративная форма).

Красный плоский лишай, типичная форма, на слизистой оболочке щеки.

Красный плоский лишай, типичная форма, на дорсальной поверхности языка.

Сочетанное поражение кожи и слизистой оболочки наблюдается у 45% больных.

Симптомы.

. Течение чаще бессимптомное, иногда отмечается шероховатость слизистой оболочки (типичная, гиперкератотическая форма).

. Чувствительность, жжение (экссудативно-гиперемическая, атипичная).

. Болезненность (эрозивно-язвенная, буллезная, инфильтративная формы).

Клиническая картина (типичная, гиперкератотическая, экссудативно- гиперемическая формы).

В полости рта: на видимо здоровой слизистой оболочке полости рта определяется белый кружевной рисунок, складывающийся из отдельных мелких папул до 1 мм в диаметре (типичная форма), иногда сливающихся в сплошное белое пятно, которое возвышается над поверхностью слизистой оболочки (гиперкератотическая форма); папулы красного плоского лишая на фоне воспаленной, гиперемированной слизистой оболочки (экссудативно-гиперемическая форма).

Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красного плоского лишая являются факультативным предраком; вероятность малигнизации возрастает у лиц пожилого возраста, имеющих многочисленные факторы риска

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГУБ, СЛИЗИСТОЙ РТА

Процессы, предшествующие развитию опухоли, носят название предопухолевые, а в отношении рака - предраковые. Предраковые изменения отличаются от рака тем, что им не хватает одного или нескольких признаков, совокупность которых дает право поставить диагноз рака.

В зависимости от частоты перехода в рак различают:

-облигатные предраковые заболевания (болезнь Боуэна, бородавчатый предрак красной каймы губ, абразивный преинвазивный хейлит Манганотти, ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ);

- факультативные (лейкоплакия веррукозная и эрозивная, папиллома и папилломатоз неба, кожный рог, хронические язвы слизистой оболочки полости рта (прежде всего красной волчанки и эрозивно-язвенные формы КПЛ, постлучевой хейлит и стоматит).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

На прием к врачу обратилась больная 30 лет с жалобами на сухость и шелушение красной каймы губ, а также чувство жжения и болезненность губ.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение года, когда впервые после сильного стресса появилось чувство зуда и жжения, а затем сухость красной каймы губ. Лечилась самостоятельно – смазывала губы детским кремом. Отмечала временное улучшение. Обострения заболевания больная связывает с психоэмоциональными нарушениями. Состоит на учете у психотерапевта по поводу депрессии.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Красная кайма губ гиперемирована, несколько отечна, покрыта слюдообразными чешуйками серого цвета, плотно прикрепленными своим центром к красной кайме и несколько отстающими по краям. После снятия чешуек остается ярко - красная гладкая поверхность губы. Кожа вокруг красной каймы и углы рта в патологический процесс не вовлечены.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Этиология и патогенез заболевания.
- 3.Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания.
- 4.Назначьте лечение.
- 5.Рекомендации больной после окончания лечения.

Задача №2

На прием к дерматологу обратился мужчина 35 лет с жалобами на высыпания в полости рта, сопровождающиеся жжением и болезненностью при приеме пищи.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение месяца, когда впервые на слизистой языка и щек появились высыпания, а затем болезненная эрозия в углу рта. Из сопутствующих заболеваний больной отмечает сахарный диабет и ожирение.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс ограничен полостью рта. Слизистая языка и щек гиперемирована, покрыта белым налетом, при снятии которого обнажается кровоточащая эрозия. Кожа в углу рта мацерирована, влажная, покрыта белым, легко снимающимся налетом, после удаления которого обнажается красная гладкая эрозированная поверхность. Красная кайма губ гиперемирована, отечна, покрыта сероватого цвета чешуйками.

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. Врачей каких специальностей Вы привлекли бы к решению вопросов лечения и профилактики?

Задача №3

На прием к стоматологу обратился больной 64-х лет с жалобами на наличие «язв» на нижней губе.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным около года, когда впервые на нижней губе появились «язвы». Больной самостоятельно смазывал губу облепиховым маслом и «язвы» исчезли. Через три месяца на этом же месте вновь появилась «язва», покрытая корочкой, после удаления которой было небольшое кровотечение. Самолечение облепиховым маслом было неэффективно и больной обратился к врачу.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На красной кайме нижней губы на фоне умеренной эритемы и отека две эрозии овальной формы с гладкой, «полированной» поверхностью, розовато-красного цвета, размером 1 x 2 см, покрытые тонкой серозной корочкой. При пальпации уплотнения в основании и вокруг эрозий нет. По поводу разрушенных передних нижних зубов проведено протезирование у стоматолога.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
4. Течение заболевания.
5. Тактика лечения при появлении признаков озлокачествления.

Задача №4

На прием к дерматологу обратился больной 32-х лет с жалобами на высыпания на красной кайме нижней губы, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен около 2-х лет. Больной отмечает сезонность заболевания: как правило, начинается в весенне-летний период и спонтанно заканчивается в осенне-зимний. Последний раз высыпания на губе появились месяц назад после длительного пребывания на солнце. Лечился самостоятельно. Применял различные кремы, мази, но эффекта от лечения не было.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На фоне ярко-красной эритемы нижней губы отмечаются мелкопластинчатые, сухие, беловатые чешуйки, очаги ороговения величиной до горошины. Верхняя губа и кожа лица не поражены.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Диагностика заболевания.
4. Прогноз заболевания
5. Профилактика заболевания

Задача №5

К дерматологу обратилась больная 25 лет с жалобами на высыпания на красной кайме губ, сопровождающиеся умеренным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 5-7 дней, когда после нанесения на губы гигиенической губной помады появились отек, высыпания, мокнутие. Беспокоил зуд.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер с локализацией на красной кайме губ. На фоне эритемы и отека милиарные папулы, везикулы, эрозии, серозные и геморрагические корочки.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение данному заболеванию
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
4. Причины развития заболевания
5. Ваши рекомендации больной после клинического выздоровления

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Особенности строения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.
2. Поражение слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при острых и хронических инфекционных заболеваниях.
3. Аллергические заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.
4. Поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при афтозном стоматите, пузырьных дерматозах, многоформной экссудативной эритеме, красном плоском лишае, предраковых заболеваниях губ, слизистой рта.

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

1. Поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при хронических дерматозах.
2. Инфекционные и паразитарные заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.
3. Аллергические заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина,		

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
			2015.		
2.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева,			

Электронные ресурсы

1	ЭБС Консультант студента
2	ЭБС Colibris
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭМБ Консультант врача
5	ЭБС ibooks
6	НЭБ e-Library
7	БД Nature
8	БД SAGE Premier
9	БД Oxford University Press
10	БД Scopus
11	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №24

ТЕМА: «Болезни сальных и потовых желез»

Индекс темы ОД.О. 01.1.2.24

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №24

Тема: «Болезни сальных и потовых желез»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей заболеваний сальных и потовых желез, осложнений данных заболеваний необходимо в практической деятельности врача дерматовенеролога.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

-готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

-учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению болезней сальных и потовых желез.

знать:

- клинические формы заболеваний потовых и сальных желез.
- особенности классификации, течения заболеваний угревой болезни.
- клинико-морфологические варианты угревой сыпи.
- определение степени тяжести угревой болезни согласно различным современным методикам.
- тактику лечения больных угревой болезнью, дерматокосметологическое лечение угревой болезни.

- уметь:
 - провести пробу с папиросной бумагой при жирной себорее.
 - определять дермографизм, тургор и эластичность кожи.
 - составить алгоритм обследования и лечения больных.
- владеть:
- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ПРИЧИНОЙ АНГИДРОЗА МОЖЕТ БЫТЬ (УК-1, ПК-1)

- 1) эктодермальная дисплазия
- 2) болезни ороговения
- 3) болезни нервной системы
- 4) эктодермальная дисплазия, болезни нервной системы
- 5) эктодермальная дисплазия, болезни ороговения, болезни нервной системы

2. В ПАТОГЕНЕЗЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) повышенное салоотделение
- 2) нарушение ороговения сально-железистого аппарата
- 3) гиперандрогения, генетические факторы
- 4) повышенноесалоотделение, гиперандрогения, генетические факторы
- 5) повышенное салоотделение, нарушения ороговения сально-железистого аппарата, гиперандрогения, генетические факторы

3. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АНГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПАЗИИ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) ангидроз
- 2) гипотрихоз
- 3) гипертермии
- 4) ангидроз, гипертермии
- 5) ангидроз, гипотрихоз, гипертермии

4. В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) наличие клеща железницы
- 2) сосудистые нарушения
- 3) болезни желудка
- 4) наличие клеща железницы, болезни желудка
- 5) сосудистые нарушения, болезни желудка, наличие клеща железницы

5. ПРИ НАЛИЧИИ САЛЬНО-ЖЕЛЕЗИСТОГО НЕВУСА НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) генетика
- 2) косметолога
- 3) онколога

- 4) психиатра
- 5) педиатра

6. В СЛУЧАЕ ПОВЫШЕННОГО САЛОТДЕЛЕНИЯ НА ГОЛОВЕ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ (ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- 1) мыть голову часто, не реже двух раз в неделю
- 2) использовать постоянно сульсеновое мыло
- 3) использовать постоянно зеленое мыло с серой
- 4) мыть голову редко, 1-2 раза к месяц
- 5) исключить мытье водой и мылом, очищать волосы мукой

7. ДЛЯ РЕБЕНКА С ДИАГНОЗОМ АНГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ (УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- 1) согревание ребенка
- 2) частую термометрию тела и воздуха в помещении, охлаждение
- 3) горячую пищу
- 4) интенсивные физические упражнения для закаливания
- 5) горячий душ, горячие ванны

8. САЛЬНЫЕ КИСТЫ У ДЕТЕЙ (УК-1, ПК-1)

- 1) появляются в периоде новорожденности на коже лица, вследствие застоя секрета сальных желез
- 2) это - акне новорожденных
- 3) это - опухоли сальных желез
- 4) подлежат оперативному вмешательству
- 5) лечатся кортикостероидными мазями

9. САЛЬНЫЕ КИСТЫ У ДЕТЕЙ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ (УК-1, ПК-6, ПК-8)

- 1) на коже лба, щеках, крыльях носа, носогубных складках, иногда на затылке и половом члене
- 2) обилие на передне - брюшной стенке и туловище
- 3) обилие в естественных складках
- 4) типичная локализация - кисти, ладони, область ануса
- 5) на слизистой полости рта

10. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- 1) появление в конце второй недели жизни, реже в месячном возрасте; разрешается к 3 месяцам на традиционном лечении
- 2) появление с шести месяцев жизни
- 3) трансформируется из экссудативно-катарального дерматита
- 4) это - проявление атопического дерматита
- 5) это- разновидность псориаза

11. ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ СЕБОРЕЙНОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-1, ПК-6)

- 1) волосистая часть головы, область шеи, подмышечные, паховые, бедренные складки, ягодицы
- 2) только подколенные впадины
- 3) кожа щек
- 4) голени
- 5) суставы

12. ДЛЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8)

- 1) диспепсические расстройства в виде частых срыгиваний, жидкого стула, рвоты, отставание в весе
- 2) гектическая лихорадка, не поддающаяся действию жаропонижающих средств
- 3) наличие на лице папуло-пустулезных высыпаний
- 4) асимметрия высыпаний на лице
- 5) симптом мальабсорбции

5.2. Основные понятия и положения темы.

Себорея – патологическое состояние кожи, характеризующееся количественным и качественным изменением кожного сала.

Различают сухую, жирную и смешанную себорею.

Угревая болезнь (акне) – хроническое мультифакториальное полиморфное заболевание волосяных фолликулов и сальных желез, являющееся одним из наиболее часто встречающихся дерматозов, занимающее одно из первых мест по частоте среди дерматологических диагнозов. Заболевание поражает 80 - 85% людей в возрасте от 12 до 25 лет. В более поздних возрастных группах этот показатель снижается и составляет около 20 - 40%. По данным некоторых авторов акне отмечается у 90 - 100% подростков.

В зависимости от размера волос и величины сальных желез выделяют три типа сальных фолликулов:

Первый тип – это фолликулы терминального волоса, к которым прикрепляются большие сальные железы. Они находятся в волосах бороды, ресниц, бровей и по мнению некоторых авторов могут поражаться при инверсном акне.

Второй тип – фолликулы волос пушковых, которые имеют диспропорционально большую сальную железу. Их роль при акне оспаривается.

Третий тип – фолликулы сальных желез, которые характерны только для человека. Их отверстия имеют вид пор и состоят из короткого проксимального и длинного эпидермального отделов. С ними связаны многодольковые сальные железы, имеющими несколько коротких широких протоков. Такие фолликулы имеют рудиментарный волос. Именно эти фолликулы поражаются при акне.

Патогенез угревой болезни имеет сложный мультифакториальный характер. Основное значение принадлежит следующим взаимосвязанным факторам: патологический фолликулярный гиперкератоз, гиперсекреция сальных желез с изменением качественного состава кожного сала, микробная гиперколонизация и воспаление. Генетические факторы являются пусковыми в развитии угревой болезни.

Основными звеньями патогенеза угревой сыпи являются андрогенозависимая (коррелирующая с содержанием дигидротестостерона в крови) избыточная продукция кожного сала, нарушающая процесс ороговения в фолликуле (расширение фолликула – формирование открытого (черного) комедона – множественная обструкция протоков

сальных желез собственным секретом и ороговевшим эпителием – формирование закрытого (белого) комедона), и пролиферация *Propionibacterium acnes*. Реагируя на продуцируемые *P. acnes* хемотаксические факторы, полиморфонуклеары устремляются в фолликул, разрывая его стенки. Содержимое фолликула изливается в окружающие ткани, инициируя воспалительную реакцию. Кроме того, липаза *P. acnes* гидролизует триглицериды с образованием свободных жирных кислот, которые усиливают воспаление. Его интенсивность предопределяет формирование пустул, папул, узлов или кист. Современное лечение направлено на каждый из компонентов, но на достижение терапевтического эффекта уходят месяцы и годы, а поддерживающая терапия необходима до тех пор, пока сохраняется предрасположенность к акне.

Клинические проявления акне следующие:

Комедоны – невоспалительные элементы, представляющие собой скопление рогово-жирных масс в сальных фолликулах. Открытые комедоны имеют вид черных точек, что определяется содержанием меланина. Закрытые комедоны представляют собой фолликулярные узелки цвета окружающей кожи либо более светлого цвета.

Милиумы – единичные или множественные беловатые или бело-желтоватые полушаровидные узелки размером с просыное зерно, возникающие в результате скопления сального секрета в устьях фолликулов или в протоках сальных желез. По современным данным милиумы не относят к клиническим проявлениям угревой болезни.

Папулезные акне – воспалительные узелки у основания комедонов.

Пустулезные акне – гнойнички, образующиеся на месте папулезных элементов, точнее центральной части папул.

Индурированные акне – обширные инфильтраты с бугристой поверхностью вокруг воспаленных сально-волосяных фолликулов.

Флегмонозные акне – глубокие, медленно развивающиеся фолликулярные и перифолликулярные дермо-гиподермальные абсцессы, образующиеся в результате слияния нескольких пустул.

Конглобатные акне – крупные полушаровидные дермальные узлы размером до вишни плотной консистенции. Узлы могут сливаться в абсцессы, размягчаться, образуя язвы. После заживления язв оставляют после себя неровные рубцы. Некоторые исследователи отмечают эту форму угревой сыпи у мужчин с дополнительной Y-хромосомой (XYY).

Узловато-кистозные акне – узелковые и узловатые дермальные высыпания, склонные к слиянию и образующие после регресса кистообразные изменения. При этой форме акне может поражаться только лицо, но иногда также грудь и спина.

Некротические акне – фолликулярные везикуло-пустулезные высыпания, локализующиеся на волосистой части головы и в пограничных с гладкой кожей областях, с формированием после вскрытия язвочек с некротическо – геморрагическими корочками. После заживления оставляют после себя оспенновидные атрофические рубчики.

Тропические акне – абсцедирующие конглобатные акне у пожилых людей в условиях жаркого влажного климата.

Молниеносные акне – заболевание, впервые описанное R. Burns J. Colville (1959), характеризующееся внезапно начинающимися множественными узелковыми, кистозными высыпаниями с выраженной воспалительной реакцией, быстрым течением и с быстрым образованием после вскрытия язв. Отсутствуют высыпания в области лица. Излюбленная локализация на коже спины, груди, боковых поверхностях шеи и плеч. Сопровождаются высыпания высокой температурной реакцией, артралгиями, миалгиями, лейкоцитозом.

А.А. Каламкаряном и Р.С. Топурия (1984), впервые описавшие в России молниеносные акне рекомендовали дифференцировать заболевание с болезнью Бехтерева, ревматизмом, лейкозом, септическим состоянием. Plewig G, Kligman A.M. (1994) отмечают возникновение молниеносных акне лишь у подростков 13-16 лет. П.П. Гайлявичюс (1986) наблюдали 17-летнего больного с фулминантными угрями.

Акне-келоид – акнеформные плотные, остроконечные или плоские узелки, располагающиеся в области затылка, на границе волосистой части головы. Кожа над ними красноватого или фиолетово-красного цвета. Характерно торпидное течение высыпаний, заканчивающееся склерозированием пораженных участков. Болеют только мужчины.

Инверсное акне – конглобатное акне с локализацией во всех зонах, кроме лица, груди и спины. Узелково-воспалительные высыпания, фистульные комедоны, свищевые ходы возникают в подмышечной паховой, генитальной областях, на затылке, у женщин – под молочными железами, у пациентов с ожирением – в складках живота. После заживления оставляют после себя рубцы. При поражении в верхней анальной складке возникают воронкообразные втянутые рубцы, из которых торчат терминальные волосы (пилонидальный синус).

Акне-тетрада – наиболее тяжелая форма акне, объединяющая в себе конглобатные, инверсные акне, абсцедирующий и подрывающий фолликулит Гоффмана и пилонидальный синус (в области копчика, может быть и в других областях). Все эти заболевания возникают значительно позже, чем вульгарные угри.

В настоящее время нет общепринятой классификации УБ. Одни построены на основании клиники с учетом экзо- и эндогенных факторов, другие – на степени тяжести.

Наиболее полная классификация, предложенная Plewig G, Kligman A.M. (1994, 2000):

- Акне детского возраста
- Акне новорожденных
- Конглобатные акне младенцев
- Акне раннего детского возраста
- Акне юношеские
- Акне комедоновое
- Акне паппопустулезное
- Акне конглобатное
- Акне инверсное
- Акне молниеносное
- Твердый персистирующий отек лица при акне
- Акне механические
- Акне взрослых
- Акне области спины
- Тропическое акне
- Поздние акне
- Пиодермия лица
- Постменструальные акне
- Постювенильные акне у женщин
- Синдром маскулинизации у женщин
- Акне при андролитеоме беременных
- Акне при синдроме поликистозных яичников
- Андрогенные акне у мужчин
- Конглобатные акне у мужчин с хромосомным набором ХУУ

- Бодибилдинговое акне
- Допинговое акне
- Тестостерон-индуцированные молниеносные акне высокорослых подростков
- Ятрогенные акне
- Акне контактное
- Акне косметические
- Акне, спровоцированное помадой для волос
- Хлоракне
- Акне, спровоцированное маслами, дегтем, смолами
- Акне комедоновое вследствие физических факторов
- Солнечные комедоны (болезнь Фавра-Ракушо)
- Майорка-акне
- Акне вследствие ионизирующей радиации

Оценка степени тяжести является обязательной задачей дерматолога. Наиболее часто ранее применялась градация на три степени тяжести угревой болезни:

Легкая форма – наличие невоспалительных элементов – открытых и закрытых комедонов.

Среднетяжелая форма – наличие папулопустулезных элементов на лице и туловище в количестве более 10, но менее 40.

Тяжелая форма – наличие более 40 папулопустулезных элементов, а также конглобатных и кистозных акне.

Однако более удобна классификация, предлагаемая Американской академией дерматологии.

**Классификация степени тяжести акне,
предлагаемая Американской академией дерматологии**

Типы акне	Степени тяжести акне			
	Лёгкая	Средняя	Тяжёлая	Очень тяжёлая
Комедоны	мало	много	много	фистулы
Папулы/ пустулы	нет или мало	от мало - до многочисленны х	очень много	очень много
Узелки Кисты Фистулы	нет	нет или мало	много	много
Узлы	нет	нет	нет или мало	от мало до многочисленны х и глубоко расположенных
Воспаление	нет	четкое	сильное	очень сильное
Рубцы	нет	нет	имеются	имеются

Лечение угревой сыпи состоит в воздействии на три основных механизма патогенеза.

Лечение подавляющего большинства форм угревой болезни предполагает 2 основных этапа: купирование признаков заболевания в период обострения и поддерживающую противорецидивную терапию. Если на втором этапе значительное значение присуждается препаратам, воздействующим на фолликулярный гиперкератоз, препятствующим образованию первичных морфологических изменений акне – комедонов. То в период обострения главной задачей является купирование воспалительных явлений, вызванных главным образом гиперколонизацией *Propionibacterium*, что в первую очередь

достигается назначением антибактериальных агентов. Среди них существуют топические и системные препараты. Основными препаратами, применяемыми в повседневной практике остаются антибиотики.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

На прием к дерматологу обратился мужчина 22-х лет с жалобами на высыпания на коже спины и груди.

ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания на спине и груди появились примерно год тому назад. Лечился самостоятельно, использовал для протирания кожи различные спиртовые растворы (салициловый, борный спирт) без заметного эффекта.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже спины, преимущественно в межлопаточной области, и на коже груди множество открытых и закрытых комедонов, полушаровидные папулы величиной с горошину, множественные папуло-пустулы.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Перечислите клинические разновидности заболевания.
4. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания с другими дерматозами.
5. Что необходимо учитывать при назначении лечения больному?

Задача № 2

Больная, 17 лет жалуется на жирный блеск кожи лица, жирность волос. Заболевание отмечает в течение 6-8 мес с началом в осенний период.

Локальный статус: При осмотре объективно выявляется: кожа в области лица повышенной жирности, при надавливании на кожу в области щек, носо-щечных складок, лба выделяется полупрозрачная маслянистая жидкость. В области волосистой части головы длинные волосы местами слипшиеся, с жирным блеском.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания.
3. Характер течения заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
5. Методы лечения заболевания.

Задача №3

Больная 17 лет жалуется на повышенную жирность кожи лица, жирность волос. Заболевание отмечает в течение 6-8 месяцев.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожа в области лица повышенной жирности, эритематозная, покрыта жирными чешуйками. При надавливании на кожу в области носощечных складок выделяется полупрозрачная маслянистая жидкость. В области волосистой части головы длинные волосы местами слипшиеся с жирным блеском. Кожа волосистой части головы эритематозная, покрыта чешуе-корочками.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания.
3. Характер течения заболевания.

4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
5. Методы лечения заболевания.

Задача №4

Больной 23-х лет обратился к дерматологу с жалобами на шелушение в области волосистой части головы, сопровождающееся незначительным зудом кожи.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже волосистой части головы диффузное мелкопластинчатое шелушение, чешуйки серовато-белого цвета. Волосы сухие, ломкие.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания.
3. Характер течения заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
5. Методы лечения заболевания.

Задача №5

На прием к дерматологу обратилась больная 15 лет с жалобами на высыпания на коже лица.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение месяца, когда впервые на коже в области лба появились высыпания, которые постепенно распространялись на щеки. Из сопутствующих заболеваний хронический энтероколит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на коже лица в области лба и щек. Высыпания представлены лентикулярными округлыми папулами цвета нормальной кожи с черными фолликулярными точками в центре.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию.
3. Какие лабораторные исследования проводятся при этом заболевании?
4. Какие факторы оказывают отягощающее влияние на течение болезни?
5. Что необходимо учитывать при назначении лечения больной?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Классификация болезней сальных и потовых желез.
2. Классификация угревой болезни.
3. Этиология и патогенез угревой болезни.
4. Клиника различных форм угревой болезни.
5. Современные методы лечения угревой болезни.

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

1. Клинико-морфологические проявления угревой болезни.
2. Алгоритм лечения больных угревой болезнью.
3. Дерматокосметологическое лечение угревой болезни.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
2.	Акне: учеб. пособие для врачей.	Дэнби Ф.У.; Пер. с англ.; Под ред. В.И. Альбановой	М.: ГЭОТАР-Медиа		
3.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

Электронные ресурсы

1	ЭБС Консультант студента
2	ЭБС Colibris
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭМБ Консультант врача
5	ЭБС ibooks
6	НЭБ e-Library
7	БД Nature
8	БД SAGE Premier
9	БД Oxford University Press
10	БД Scopus
11	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №25

ТЕМА: «Наследственные дерматозы»

Индекс темы ОД.О.01.1.2.25

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №25

Тема: «Наследственные дерматозы»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей наследственных дерматозов необходимо дерматологам в связи с трудностью дифференциальной диагностики при этих заболеваниях.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

-готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

- учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению наследственных дерматозов.

- знать:

- этиологические и патогенетические факторы развития наследственных дерматозов.
- классификацию наследственных дерматозов.
- особенности клинических проявлений и течения наследственных дерматозов.

- уметь:

- провести осмотр дерматологического больного.
- определить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи.

- владеть методами пальпации кожи, проведения поскабливания и диаскопии элементов сыпи.
 - составить алгоритм обследования больного генетическим заболеванием.
- владеть:
- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ПИГМЕНТНО-СОСОЧКОВАЯ ДИСТРОФИЯ КОЖИ У ДЕТЕЙ СВЯЗАНА (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6)

- 1) с аденокарциномой желудка
- 2) с Т-клеточной лимфомой
- 3) с В-клеточной лимфомой
- 4) с эндокринными болезнями
- 5) с генетическими факторами

2. ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6):

- 1) с рождения
- 2) в 2-3-месячном возрасте
- 3) после года
- 4) в дошкольном возрасте
- 5) в любом возрасте одинаково часто

3. РАННИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- 1) псевдоаденомы
- 2) листовидные белые пятна
- 3) соединительнотканые невусы
- 4) подногтевые фибромы Коена
- 5) липомы

4. ФАКТОР РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЙ ХРОНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ, ОБОСТРЕНИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) нарушение микробиоценоза кожи, увеличение в аутофлоре кожи условно патогенных микроорганизмов
- 2) сухость кожи
- 3) сочетание с другими наследственными болезнями мультифакториального характера
- 4) идиосинкразия к пищевому продукту
- 5) недостаток витаминов

5. ДИАГНОЗ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НЕОБХОДИМО ПОДТВЕРЖДАТЬ (УК-1, ПК-1)

- 1) патоморфологическим исследованием кожи

- 2) исследованием уровня IgE в сыворотке крови
- 3) исследованием фагоцитарной активности
- 4) исследованием иммунорегуляторного индекса
- 5) диагноз подтверждается динамическим наблюдением и тщательной дифференциальной диагностикой

6. АНАЛИЗ РОДОСЛОВНОЙ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НЕОБХОДИМ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) исключить предполагаемый диагноз атопического дерматита, если среди родственников не выявлены аналогичные больные
- 2) определить генетический прогноз, риск наследственной отягощенности у потомства или сибсов
- 3) определить клиническую форму атопического дерматита
- 4) определить клинический прогноз
- 5) выявить средовые факторы риска обострений

7. ВАЖНОЕ СВОЙСТВО НАРУЖНОГО СРЕДСТВА ПРИ МЛАДЕНЧЕСКОМ СЕБОРЕЙНОМ ДЕРМАТИТЕ (ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- 1) противозудное действие
- 2) рассасывающее действие
- 3) подавляющее действие на липофильную и другую патогенную флору в очагах поражения
- 4) эпителизирующее действие
- 5) сосудорасширяющее действие

8. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ОГРАНИЧЕННОГО НЕЙРОДЕРМИТА (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) полиморфизмом первичных высыпных элементов
- 2) наличием лихенификации
- 3) наличием полигональных лихеноидных папул
- 4) интенсивностью зуда
- 5) наличием дисхромии

9. ПРИ ЛИХЕНОИДНОЙ ФОРМЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8)

- 1) частые осложнения вторичной инфекцией
- 2) идиосинкразия к пищевому продукту
- 3) анемия
- 4) вторичный иммунодефицит
- 5) нарушения центральной нервной системы, эмоциональные стрессы

10. ПРИ НАЛИЧИИ САЛЬНО-ЖЕЛЕЗИСОГО НЕБУСА НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) генетика;
- 2) косметолога;
- 3) онколога;
- 4) психиатра;

5) педиатра.

11. КОМПЛЕКС ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА, ВКЛЮЧАЮЩИЙ ЭКТРОПИОН, ЭКСКЛАБИОН, МОНГОЛОИДНЫЙ РАЗРЕЗ ГЛАЗ, ВРОЖДЁННУЮ ДЕФОРМАЦИЮ УШНЫХ РАКОВИН, ХАРАКТЕРЕН (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6)

- 1) для врожденного ихтиоза;
- 2) для атопического дерматита;
- 3) для ангидротического эктодермальной дисплазии;
- 4) для врожденной пахионихии;
- 5) для врожденного дискератоза.

5.2. Основные понятия и положения темы.

Систематика наследственных дерматозов

1. Мультифакториальные дерматозы
2. Генодерматозы
3. Дермадромы при общих генетически обусловленных болезнях

Семиотика

Клиническая:

- определенный тип признаков;
- дистрофические и гиперпластические изменения кожи;
- необычность вида и эволюции морфологических элементов;
- дебют чаще в детском возрасте;
- возрастная эволюция;
- излюбленная локализация;
- хроническое течение.

Диагностика

- Клиническая
- Вычислительная
- Морфологическая
- Иммунофлюоресцентная и иммуногистохимическая
- Пренатальная (инвазивная и неинвазивная)
- Медико-генетическое консультирование

Факоматозы

- Прингля – Бурневиля болезнь
- Нейрофиброматоз
- Штурге – Вебера – Краббе синдром
- Хиппеля–Линдау синдром
- Клиппеля – Тренонея – Вебера синдром
- Маффучи синдром
- Базально-клеточных невусов синдром
- Фокальной дермальной гипоплазии синдром
- Синдром Пейтца–Егерса

Врожденные пороки развития

- Ангидротическая эктодермальная дисплазия
- Другие врожденные синдромы с дисплазиями
- Зубо-ногтевой синдром
- Брахидактилия – адентия – гипотрихоз – альбинизм

- Окуло-денто-дигитальный синдром
- Синдром Халлермана-Штрайфа
- ЭЭК-синдром
- Хондроктодермальная дисплазия
- Синдром Базана

Наследственные болезни соединительной ткани

- Кожа гиперэластическая
- Вялая кожа
- Эластическая псевдоксантома
- Перфорирующий серпигинирующий эластоз
- Синдром Марфана
- Несовершенный остеогенез

Наследственные фотодерматозы

- Синдром Блума
- Болезнь Хартнупа
- Порфирии
- Врожденная эритропоэтическая порфирия
- Эритропоэтическая протопорфирия
- Эритропоэтическая копропорфирия
- Смешанная (вариегатная) порфирия
- Наследственная копропорфирия
- Гепатоэритропоэтическая порфирия
- Врожденные полиморфные световые высыпания
- Ксеродерма пигментная

Нарушения пигментации

- Альбинизм
- Недержание пигмента (синдром Блоха - Сульцбергера)
- Пойкилодермия врожденная
- Дистрофия кожи папиллярно-пигментная

Буллезные наследственные дерматозы

- Пузырчатка наследственная (врожденный буллезный эпидермолиз)
- Пузырчатка хроническая доброкачественная семейная
- Акродерматит энтеропатический
- Пузырчатка наследственная (врожденный буллезный эпидермолиз)
- I гр. – Эпидермолитические:
- Аутосомно-доминантный путь
- ВБЭ простой генерализованный Кебнера
- ВБЭ простой локализованный – летний Вебера-Коккейна (в т.ч. синдром Kallin)
- ВБЭ простой герпетиформный Доулинга-Меары
- ВБЭ Огны
- ВБЭ с крапчатой пигментацией и герпетиформным расположением пузырей
- Аутосомно-рецессивный путь: ВБЭ простой летальный
- 2 группа - пограничные (соединительные)
- Аутосомно рецессивный путь
- ВБЭ соединительный генерализованный Герлитца (ВБЭ атрофический)
- ВБЭ соединительный генерализованный атрофический доброкачественный (генерализованный нелетальный)

- ВБЭ соединительный локализованный атрофический (локализованный нелетальный)
- ВБЭ атрофический инверсный
- ВБЭ соединительный прогрессирующий
- ВБЭ соединительный рубцующийся
- 3 группа - дермолитические
- Аутосомно-доминантный путь:
- ВБЭ дистрофический Коккейна-Турена (ВБЭ дистрофический доминантный гиперпластический)
- ВБЭ дистрофический доминантный – альбопапулоидный вариант Пазини
- ВБЭ дистрофический доминантный – претибиальная форма
- Барта синдром.
- Аутосомно - рецессивный путь
- ВБЭ дистрофический рецессивный генерализованный Аллопо-Сименса (ВБЭ дистрофический полидиспластический)
- ВБЭ дистрофический рецессивный локализованный
- Э дистрофический инверсный вариант
- ВБЭ дистрофический с центропетальным прогрессированием очагов.
- X-сцепленный: ВБЭ дистрофический – пятнистый тип Мендеса да Коста

Наследственные болезни кожи, обусловленные нарушением ороговения

- Ихтиоз
- Фолликулярные кератозы
- Ихтиозиформные дерматозы
- Фигурные вариабельные эритрокератодермии

Болезни волос

- Монилетрикс
- Трихотортоз
- Кольчатые волосы
- Прочие изменения стержня волоса
- Врожденный гипотрихоз
- Синдром Клоустона

Изменения кожи при наследственных болезнях обмена

- Ксантоматоз кожи
- Церебросухожильный ксантоматоз
- Ювенильная ксантогранулема
- Диссеминированная ксантома
- Ксантолейкемия
- Болезнь Нимана—Пика
- Болезнь Гоше
- Ангиокератома тела диффузная
- Мукополисахаридоз
- Фенилкетонурия
- Гистидинемия
- Тирозинемия II
- Алкаптонурия
- Гомоцистинурия
- Гемохроматоз

Мультифакториальные заболевания

- Псориаз
- Атопический дерматит
- Красная волчанка
- Витилиго

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

Девочка 11 лет с безболезненным узлом на плече была направлена из психиатрической больницы, где она лечится по поводу «эмоциональных расстройств» и умеренной умственной отсталости. Эпилептических припадков у нее не было. У девочки приемные родители, поэтому семейный анамнез не известен.

При обследовании. АД 95/65 рт.ст. Неврологическое обследование: легкая умственная отсталость, умеренные эмоциональные нарушения. Тем не менее, больная охотно вступает в контакт.

На передней поверхности правого плеча плотный узел диаметром 2см с гиперпигментацией вокруг него. Крупное пятно цвета кофе с молоком на боковой поверхности туловища, рядом расположены еще 5 пятен цвета кофе с молоком диаметром 1,5 – 2,0 см. Множество мелких гиперпигментных пятен, похожих на веснушки в подмышечных впадинах. Широко расставленные соски. Офтальмоскопия патологий не выявила. Костно-мышечная система: легкий сколиоз.

1. Поставьте диагноз
2. Дайте определение заболеванию
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Специфический признак заболевания
5. Методы лабораторной диагностики.

Задача №2

Мальчик, которому сейчас 2 года, с возраста 6 месяцев страдает повышенной фоточувствительностью и тяжелыми солнечными ожогами с образованием пузырей. На открытых участках тела (лицо, тыльная поверхность кистей, открытые участки груди и шеи) возникли гипопигментные пятна и множество гиперпигментных пятен по типу веснушек. Это первый ребенок у родителей, которые приходятся друг другу двоюродными братом и сестрой. Семейный анамнез по кожным болезням не отягощен. Лекарственных препаратов ребенок не получал.

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ. Основные физиологические показатели в норме. Физическое развитие соответствует возрасту. На лице, тыльной поверхности кистей и предплечий, на открытых участках груди и шеи эритема, шелушение, множественные гиперпигментные пятна по типу веснушек. Единичные телеангиэктазии и гипопигментные пятна с признаками атрофии на коже лица.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. Общий анализ крови и биохимический анализ крови в норме. Антинуклеарные антитела не выявлены.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?

2. Этиология и патогенез заболевания
3. Что является первым проявлением болезни?
4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
5. Рекомендации больному в процессе диспансерного наблюдения.

Задача №3

Девочку 17 лет с умственной отсталостью беспокоят «угри» на лице. В течение нескольких лет она местно применяла бензоилпероксид, без эффекта. По поводу эпилептических припадков, которые проявились в грудном возрасте, больная принимает фенитоин внутрь. Семейный анамнез по эпилептическим припадкам, высыпаниям на лице и умственной отсталости не отягощен.

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ. Умственное развитие соответствует 7-летнему возрасту. На щеках и лба симметрично расположенные множественные гиперпигментные куполообразные папулы диаметром 1-8мм, гипопигментное пятно на верхней губе слева, крупное гипопигментное пятно прямоугольной формы на руке, желтовато-розовая бляшка с бугристой поверхностью, напоминающая кожуру апельсина на спине. Ногти не изменены. Осмотр под лампой Вуда выявил множественные гипопигментные пятна-конфетти на голених. Осмотр зубов выявил точечные углубления на эмали.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Какие классические признаки характерны для данного заболевания?
4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
5. Принципы лечения.

Задача №4

Мужчина 59 лет около 3-х лет назад перенес трансплантацию печени по поводу печеночной недостаточности, вызванной гепатитом В. Полгода назад он заметил появление медленно прогрессирующих зудящих шелушащихся папул и бляшек на бедре. Семейный анамнез по заболеваниям с подобной клинической картиной не отягощен. Больной получал преднизон, азатиоприн и циклоспорин А.

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ. Общий вид: признаки синдрома Кушинга. На лице, верхней части спины и груди угревидные высыпания. Рубцы на животе. Пять коричневых ороговевающих бляшек диаметром 4-14 мм на передней и задней поверхности бедер. Бляшки характеризуются приподнятыми краями и западением в центре.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, СОЭ — в норме. Исследование на ВИЧ отрицательное.

1. Поставьте диагноз.
2. К какой группе заболевания относится данная патология?
3. Характерный гистологический признак заболевания.
4. Какой риск развития злокачественного новообразования на фоне данного заболевания.
5. Тактика ведения и лечения больного.

Задача №5

У девочки 6 лет с рождения отмечают ломкость сосудов, появление синяков и кровоподтеков. Беременность протекала нормально. Кроме того, у девочки выявили повышенную растяжимость кожи, плохое заживление ран и рубцы, похожие на

папиросную бумагу. Семейный анамнез по заболеваниям с подобными проявлениями не отягощен. Самочувствие ребенка хорошее.

При обследовании. Основные физиологические показатели в норме. Отмечается повышенная растяжимость кожи всего тела, включая щеки и уши. Множественные экхимозы на ногах и ягодицах. Множественные атрофические рубцы на локтях и коленях. Повышенная подвижность межфаланговых суставов. Аускультация сердца: патологических шумов нет. Других патологических изменений не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию.
3. Осложнения данного заболевания.
4. Какое лечение целесообразно назначить?
5. Профилактика данного дерматоза.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Диагностика наследственных дерматозов.
2. Факоматозы.
3. Врожденные пороки развития.
4. Наследственные болезни соединительной ткани.
5. Наследственные фотодерматозы.
6. Нарушения пигментации.
7. Буллезные наследственные дерматозы.
8. Наследственные болезни кожи, обусловленные нарушением ороговения.
9. Изменения кожи при наследственных болезнях обмена.

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

1. Систематика и семиотика наследственных дерматозов.
2. Диагностика наследственных дерматозов.
3. Классификация наследственных дерматозов.
4. Алгоритм обследования больных наследственными дерматозами.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина,		

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
			2015.		
2.	Атлас-справочник. Клиника наследственных дерматозов	Г.И.Суколин	М.: Бином, 2014.		

Электронные ресурсы

1	ЭБС Консультант студента
2	ЭБС Colibris
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭМБ Консультант врача
5	ЭБС ibooks
6	НЭБ e-Library
7	БД Nature
8	БД SAGE Premier
9	БД Oxford University Press
10	БД Scopus
11	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №26

ТЕМА: «Опухоли кожи»

Индекс темы ОД.О.01.1.2.26

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №26

Тема: «Опухоли кожи»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание особенностей клинических проявлений, течения опухолей кожи позволит врачам – дерматологам легко ориентироваться в их дифференциальной диагностике и диагностировать данные заболевания на ранних стадиях.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):
- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: подготовить специалистов по диагностике, лечению и профилактике опухолей кожи.

- знать:
- этиопатогенетические факторы развития опухолей кожи.
- классификацию опухолей кожи.

- уметь:
- определить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи.
- владеть методами пальпации кожи, проведения поскабливания и диаскопии элементов сыпи.
- прочесть гистологическое исследование кожи.
- составить алгоритм обследования больного.

-владеть:

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ДЛЯ КЕРАТОАКАНТОМЫ НЕ ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6)
 - а) начало с шаровидного узла
 - б) быстрый центральный распад с образованием блюдцеобразной опухоли
 - в) отторжение распадающихся масс с одновременным уплощением опухоли
 - г) образование депигментированного звездчатого рубца не позднее 3 месяцев с начала заболевания
 - д) изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров
2. К ПРЕДРАКОВЫМ НОВООБРАЗОВАНИЯМ КОЖИ ОТНОСИТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6)
 - а) невусы
 - б) дерматофиброма
 - в) меланома
 - г) болезнь Боуэна
 - д) липома
3. БОЛЕЗНЬ БОУЭНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)
 - а) наибольшей злокачественностью;
 - б) возникает чаще у мужчин;
 - в) локализуется в основном в области мягкого неба, на языке;
 - г) плохим прогнозом;
 - д) долгим течением
4. ДЛЯ БОРОДАВЧАТОГО ПРЕДРАКА НЕ ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)
 - а) низкая потенциальная злокачественность;
 - б) возникновение преимущественно на нижней губе;
 - в) плотноватая консистенция;
 - г) напоминает бородавку;
 - д) расположение на внешне не измененной красной кайме губ.
5. ОГРАНИЧЕННЫЙ ПРЕДРАКОВЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)
 - а) обычно локализуется на красной кайме верхней губы;
 - б) очаг поражения слегка западает;
 - в) в возникновении основное значение принадлежит инсоляции и травме;
 - г) может возникнуть на месте простого пузырькового лишая;
 - д) необходимо отличать от красной волчанки.
6. Для абразивного преинвазивного хейлита Манганотти не характерно (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9)

- а) хроническое течение;
- б) возникновение вследствие трофических нарушений тканей;
- в) появление одной, реже двух эрозий;
- г) отличие от эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая;
- д) локализация на красной кайме верхней губы

7. ЛЕЙКОПЛАКИЯ БЫВАЕТ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) плоская, пигментная;
- б) веррукозная, эрозивная, плоская, курильщиков, мягкая;
- в) только эрозивная;
- г) язвенная, веррукозная, ограниченная;
- д) генерализованная.

8. ЛЕЙКОПЛАКИЮ НЕОБХОДИМО ОТЛИЧАТЬ ОТ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- а) красной волчанки;
- б) красного плоского лишая;
- в) сифилитических папул;
- д) лейшманиоза.

9. ДЛЯ КЕРАТОАКАНТОМЫ НЕ ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- а) воронкообразное углубление в центре узелкового образования;
- б) быстрый рост;
- в) медленный рост;
- г) локализация обычно на губах и языке;
- д) редкое озлокачествление.

10. ПРЕДРАКОВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) невусы
- б) дерматофиброма
- в) меланома
- г) болезнь Боуэна
- д) липома

5.2. Основные понятия и положения темы.

Этиопатогенетические факторы развития опухолей кожи:

1. УФО кожи.
2. Генетическая предрасположенность.
3. Химические, физические канцерогены.
4. Фоновые заболевания кожи (предраки).

Классификация опухолей кожи:

1. Доброкачественные (эпителиальные, мезенхимальные, нейроэктодермальные)
2. Злокачественные (эпителиальные, мезенхимальные, нейроэктодермальные)

Доброкачественные опухоли

Себорейный кератоз (seborrhoeic keratosis) – доброкачественная эпителиальная опухоль, возникающая в пожилом возрасте.

Появление опухоли связывают со старением кожи, солнечной радиацией, наследственными факторами, задержкой созревания эпителиальных клеток.

Клиническая картина. Локализуется чаще всего на закрытых участках тела. Чаще множественная. Формирование опухоли начинается с коричневого пятна 0,5-1 см в диаметре, которое постепенно увеличивается по площади, приподнимается над уровнем кожи, приобретая коричневый или черный цвет. Одновременно с этими изменениями поверхность опухоли покрывается жирными, грязно-серыми, как бы растрескивающимися чешуйками. Иногда опухоль имеет широкую ножку, а ее поверхность – вид цветной капусты. Опухоль растет медленно. Размеры обычно до 1 см в диаметре. Субъективные ощущения отсутствуют.

Патоморфология. Основную массу клеток опухоли составляют так называемые базалоидные клетки. Среди этих клеток характерно наличие внутриэпидермальных роговых кист и меланина. Выделяют четыре основных типа опухоли: кератотический, акантоотический, аденоидный и комбинированный.

Лечение. Крупные, травмируемые себорейные кератозы подлежат удалению (хирургическое иссечение, лазеродеструкция, электрокоагуляция).

Дерматофиброма (dermatofibroma) – доброкачественная опухоль соединительнотканного происхождения.

Клиническая картина. Чаще всего встречается лентикулярная дерматофиброма, которая характеризуется одиночными, реже множественными плоскими узелками округлой формы, залегающими в дерме, чаще на нижних конечностях в местах механических повреждений и укусов насекомых. Опухоль выглядит втянутой в кожу, реже выступает в виде полушария. Размеры от 0,5 до 1-2 см. Консистенция плотная, окраска темно-коричневая, поверхность чаще гладкая.

Патоморфология. Выделяют фиброзный тип дерматофибромы с большим количеством зрелых и молодых коллагеновых волокон и клеточный тип, отличающийся преобладанием клеточных элементов (фибробластов). Для обоих типов характерны переплетающиеся коллагеновые волокна.

Лечение. В большинстве случаев является лишь косметическим дефектом. Крупные элементы могут быть удалены хирургически.

Гемангиома (haemangioma) – доброкачественная опухоль из кровеносных сосудов. Различают капиллярную, артериальную и кавернозную гемангиомы.

Клиническая картина. Гемангиома капиллярная состоит из расширенных капилляров с пролиферированным эндотелием. Представляет собой одиночные или множественные пятна ярко-красного цвета с четкими границами. Появляется с рождения или в течение первых 2 месяцев жизни. Излюбленная локализация – лицо, волосистая часть головы, спина, передняя поверхность груди. Гемангиома артериальная существует с рождения, характеризуется множественными пятнами ярко-розового цвета с четкими границами. Чаще локализуется на задней поверхности шеи и на лице, может быть на слизистых оболочках. Гемангиома кавернозная состоит из крупных полостей, заполненных кровью и выстланных однослойным эпителием. Цвет кожи над ними не изменен или имеет синюшный оттенок. Очаги локализуются на лице, волосистой части головы, конечностях, ягодицах, иногда на слизистых оболочках рта. Гемангиома смешанная состоит из кавернозного и капиллярного компонентов. Ангиомы звездчатые состоят из центрально расположенной красной папулы с множественными расширенными радиально отходящими сосудами и окружающим эритематозным пятном размером от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров в диаметре. Пятно бледнеет при надавливании

на центральный сосуд. Излюбленная локализация – кожа затылочной части головы, предплечий, тыла кистей, лица.

Патоморфология. В дерме – большое количество вновь образованных сосудов с расширенными просветами и набухшим эндотелием.

Лечение. Хирургическое удаление, лазеродеструкция.

Липома (lipoma) -доброкачественная опухоль, залегающая в подкожной клетчатке и состоящая из зрелых жировых клеток.

Клиническая картина. Липома представляет собой солитарный дольчатый, круглый или овальный безболезненный подвижный подкожный узел, диаметром от 1 до 10 см. Липомы чаще встречаются у взрослых женщин. Иногда отмечается прорастание липомы в соседние ткани, в частности в мышцы. При сдавливании нервов появляется болезненность. Рост медленный. Излюбленная локализация – задняя поверхность шеи, туловище, живот, предплечья, бедра. Множественные липомы располагаются равномерно и симметрично на различных участках кожи, возникают иногда с интервалом в несколько лет.

Патоморфология. Липома является инкапсулированной опухолью из обычной жировой ткани с гипертрофированными жировыми клетками.

Лечение. Хирургическое иссечение, липосакция.

Пигментные невусы (naevus pigmentosus) – доброкачественные поражения кожи из невусных клеток. Могут быть врожденными, но чаще возникают после рождения

Пигментные невусы подразделяют на следующие виды:

- пограничный невус;
- внутридермальный невус;
- сложный невус;
- эпителиоидноклеточный, или веретеночклеточный, невус;
- невус из баллонообразных клеток;
- гало-невус;
- инволюционный невус, или фиброзная папула лица;
- голубой невус;
- гигантский врожденный невус;
- диспластический невус.

Кератоакантома (keratoacanthoma) – доброкачественное опухолеподобное образование, характеризующееся быстрым развитием и спонтанной регрессией. Причина возникновения кератоакантомы до настоящего времени окончательно не установлена.

Клиническая картина. Типичная локализация – открытые участки тела. Чаще всего кератоакантома возникает в области щек, на висках. Образование чаще солитарное, однако встречаются и множественные кератоакантомы. Представляет собой возвышающееся над кожей, не спаянное с подлежащими тканями опухолеподобное образование округлой или овальной формы серовато-розовой окраски или цвета нормальной кожи, плотной консистенции. Центральная часть опухоли западает (углубление напоминает язву – «псевдоязва») и выполнена плотными роговыми массами, которые окружены валикообразной зоной. Диаметр обычно 10-20 мм. В развитии кератоакантомы (2-3 месяца) различают периоды роста, стабилизации и регресса.

Патоморфология. Морфологической основой кератоакантомы является псевдокарциноматозная гиперплазия с выраженным гиперкератозом в центре («роговая чаша»).

Дифференциальный диагноз. Дифференцировать кератоакантому следует от плоскоклеточного рака кожи.

Лечение. При отсутствии спонтанной регрессии – хирургическое иссечение, лазеродеструкция.

Эпидермодисплазия верруциформная Левандовского-Лютца (epidermodysplasia verruciformis Levandovsky–Lutz) – редкое хроническое заболевание, обусловленное вирусом папилломы человека.

Профилактика малигнизации. Обязательное использование фотозащитных средств. Целесообразно назначение интерферона и других иммунокорректирующих препаратов.

Злокачественные опухоли кожи

Рак кожи

Внутриэпидермальный рак (cancer in situ). Для этой группы опухолей характерен экспансивный рост (как у доброкачественной опухоли) и незрелость клеточных ее элементов, а также возможность перехода в спиноцеллюлярный рак и метастазирования. К этой группе из опухолей кожи относят актинический кератоз, болезнь Боуэна и эритроплазию Кейра.

Актинический кератоз (солнечный кератоз). Возникает у лиц зрелого возраста со светлой кожей на участках тела, длительно подвергающихся солнечной инсоляции. Может трансформироваться в спиноцеллюлярный рак.

Клиническая картина. Первые проявления заболевания возникают на уже измененной длительным воздействием солнца коже (истонченной, дисхромичной). Поражаются лоб, теменная область (при облысении), спинка носа, щеки, ушные раковины, нижняя губа, тыл кистей. По степени выраженности клинических проявлений выделяют три типа (стадии) заболевания. Эритематозный тип – начало заболевания. Характеризуется возникновением круглых, овальных или неправильной формы, резко очерченных красновато-розоватого цвета пятен и папул с шероховатой поверхностью, пересекаемых телеангиэктазиями. Первоначальные их размеры несколько миллиметров, разрастаясь, они увеличиваются до 1-2 см в диаметре. При легком покалывании кровоточат. Кератотический тип – по мере течения заболевания гиперкератоз усиливается. Очаги приобретают желтоватую или грязно-коричневую окраску из-за плотных роговых наслоений. Вокруг очагов сохраняется узкая воспалительная кайма. При снятии роговых наслоений обнаруживается красная, испещренная трещинами основа.

Тип кожного рога – в этих случаях гиперкератоз бывает настолько выражен, что становится определяющим клиническую картину. Высота конического рогового выступа может достигать 1 см и больше. Такое течение процесса наблюдается главным образом у мужчин на лбу и ушных раковинах.

Патоморфология. Различают гипертрофический, атрофический и бовеноидный типы. Всегда обнаруживают атипичные эпителиальные клетки, характерные для cancer in situ.

Дифференциальный диагноз. Одиночные очаги актинического кератоза дифференцируют от красной волчанки, базалиомы и плоскоклеточного рака.

Лечение. При одиночных очагах – эксцизия, криодеструкция, подофиллин, глицифоновая мазь; при множественных – аппликации третиноина. Малигнизированные очаги лечат как рак кожи. Обязательна фотопротекция.

Болезнь Боуэна. Большинство авторов считают болезнь Боуэна cancer in situ. Имеются сообщения о сочетании болезни Боуэна и рака внутренних органов. Болеют лица обоего пола в пожилом возрасте.

Клиническая картина. Опухоль чаще проявляется одним четко ограниченным очагом поражения в виде пятна или бляшки коричневатого-красного цвета, поверхность которой может быть гладкой, шероховатой или бородавчатой. Выделяют экземоподобную, гиперкератотическую и бородавчатую формы болезни Боуэна. Поверхность очага покрыта отдельными мелкими чешуйками или корочками, с участками атрофии. Характерен неравномерный рост очага поражения по периферии, его «пестрота» за счет чередования эрозий, поверхностной атрофии, очагов гиперкератоза и возвышающейся краевой зоны. Границы очага четкие, признаки воспаления в окружности отсутствуют. Очаг очень медленно растет. В ряде случаев эрозии, занимающие всю поверхность, покрываются серозными чешуе-коркам и, сопровождаются мокнутием, что придает очагу поражения сходство с экземой. Чаще всего очаги локализуются на туловище, верхних конечностях, лице, в области промежности; иногда поражаются слизистые оболочки половых органов, прямой кишки и т. д.

Патоморфология. Обнаруживается акантоз, в пределах которого выражены дисконкомплексация клеток, ядерный полиморфизм, участки дискератоза, многочисленные митозы, крупные многоядерные клетки (картина рака *in situ*).

Дифференциальный диагноз. Болезнь Боуэна следует дифференцировать от микробной экземы, ограниченного псориаза, микоза гладкой кожи, бородавчатого туберкулеза кожи, плоской формы туберкулезной волчанки, базалиомы, метатипического рака.

Лечение. Применение 30-50% проспидиновой мази в виде ежедневных аппликаций под компрессную бумагу в течение 20–22 дней, криодеструкция, если величина опухоли не превышает 1,5–2 см. Небольшие очаги удаляют хирургически в пределах здоровой кожи, используется лазеродеструкция. При невозможности использовать перечисленные методы лечения показана близкофокусная рентгенотерапия. Во всех случаях необходимо обследование для исключения злокачественных новообразований внутренних органов.

Базально-клеточный рак кожи (*cancer basocellulare*). В международной классификации опухолей ВОЗ (1980) эта опухоль обозначена термином «базально-клеточный рак». В то же время ее относят к местнодеструктирующим опухолям, т. е. обладающим инфильтративным ростом, но без тенденции к метастазированию, и чаще всего называют базалиомой. Заболевание возникает одинаково часто как у мужчин, так и у женщин, преимущественно у лиц старше 50 лет, но может наблюдаться и в более молодом возрасте. Локализуется преимущественно на открытых участках кожного покрова – на коже лица, шеи, волосистой части головы. Базалиома чаще бывает одиночной (солитарной), реже очаги поражения множественные.

Патогенез. Факторами, способствующими развитию опухоли, являются длительная инсоляция, поздний рентгеновский дерматит, пигментная ксеродерма и диспластическая форма верруциформной эпидермодисплазии Левандовского-Лютца. В патогенезе болезни большую роль играют иммунные нарушения.

Клиническая картина. Различают поверхностную, опухолевую, язвенную, пигментированную и склеродермоподобную формы базалиомы. Поверхностная форма клинически характеризуется мелкими, плоскими, четко очерченными, почти не возвышающимися красноватыми бляшками овальных, округлых или неправильных очертаний, которые очень медленно растут. По краю очага поражения имеются мелкие, плотные, поблескивающие при боковом освещении, с матовым, перламутровым оттенком узелки, сливающиеся между собой и образующие валикообразный край. В центре очага – незначительное западение. Опухоль приобретает темно-розовый, коричневатый, сероватый, а при пигментных формах – синеватый, фиолетовый или темно-коричневый

цвет. Очаги поражения могут быть солитарными или множественными. Как вариант поверхностной формы выделяют рубцующуюся, или педжетоидную, базалиому, характеризующуюся периферическим ростом очага поражения, в центре которого формируется зона атрофии, а по периферии – цепочка мелких, плотных, с перламутровым оттенком узелков. Такие очаги могут достигать 5-7 см в диаметре и более. Опухолевая форма базалиомы характеризуется возникновением одиночного элемента, который постепенно, в течение нескольких лет, увеличивается, достигая 1,5-2 см. Очертания его округлые, цвет бледно-розовый или застойно-розовый. Поверхность опухоли может быть гладкой с выраженными телеангиэктазиями; в некоторых случаях центральная часть ее покрыта сероватыми плотными чешуйками. Иногда опухолевидное образование значительно выступает над поверхностью кожи, располагаясь на ножке. Язвенная форма базалиомы может возникнуть как первичный вариант опухоли или быть следствием дальнейшего развития поверхностной либо опухолевой формы новообразования. Характерные клинические признаки язвенной формы базалиомы – небольших размеров кратерообразное изъязвление и массивное, спаянное с подлежащими тканями основание, которое значительно больше самой язвы. Такую форму язвенной базалиомы называют также *ulcus rodens*. Иногда опухоль изъязвляется особенно интенсивно как по поверхности, так и в глубину, распространяясь на подлежащие ткани. Изредка язвенная форма базалиомы сопровождается папилломатозными, бородавчатыми разрастаниями, характеризуется интенсивным эндо- и экзофитным ростом; при локализации в области глаз, висков может привести к летальному исходу. Пигментная форма базалиомы характеризуется диффузной пигментацией очага поражения. Склеродермоподобная форма базалиомы встречается редко, имеет вид плотной белесоватой бляшки с несколько приподнятыми краями. Цвет бляшки может быть желтовато-восковидный, поверхность гладкая или слегка шелушащаяся. Обычно такая форма базалиомы очень медленно растет по периферии, в ее центральной части могут развиваться телеангиэктазии. Опухоль чаще всего возникает на лбу.

Патоморфология. Для всех разновидностей базалиомы характерны комплексы темных клеток, напоминающих базальные клетки эпидермиса. Внутри комплексов клетки располагаются беспорядочно, по периферии – частоколом. В зависимости от особенностей строения выделяют солидный, кистозный, аденоидный типы опухоли, базалиомы с пилоидной, сальной дифференцировкой, опухоли сложного строения. При солитарной базалиоме комплексы клеток достигают больших размеров и обнаруживаются на протяжении всей толщи кожи. При поверхностных базалиомах они мелкие и связаны с эпидермисом. При склеродермоподобной базалиоме мелкие и тонкие тяжи опухолевых клеток заключены в мощно развитую, нередко склерозированную и гиалинизированную соединительную ткань.

Дифференциальный диагноз. Поверхностную солитарную форму базалиомы следует дифференцировать от себорейного кератоза, красной волчанки, болезни Боуэна; поверхностную множественную форму базалиомы – от диссеминированной формы липоидного некробиоза, синдрома Горлина-Гольтца. Склеродермоподобную форму базалиомы следует дифференцировать от ограниченной склеродермии. Пигментную форму базалиомы дифференцируют от меланоза Дюбрея и меланомы. Опухолевую солитарную форму базалиомы следует дифференцировать от кератоакантомы, ороговевающего плоскоклеточного рака; опухолевую множественную форму болезни – от трихоэпителиомы, цилиндромы. Язвенную форму базалиомы дифференцируют от плоскоклеточного рака.

Лечение. При базалиомах эффективно иссечение очага поражения с захватом видимо здоровой кожи на 0,5-1 см, возможна лазеродеструкция. При язвенных глубоко проникающих формах заболевания, располагающихся у основания носа, периорбитально, в околоушной области, целесообразно сочетать местное лечение с внутримышечным применением проспирина. Проспиринотерапию можно комбинировать с криодеструкцией. Такой же подход к лечению оправдан и при множественных очагах базалиомы.

Метод лечения подбирают строго индивидуально, в зависимости от разновидности опухоли, ее локализации, патоморфологической формы, фона, на котором начинает развиваться рак, общего состояния больного. Основная цель лечения заключается в радикальном удалении опухоли. Применяется хирургическое иссечение опухоли в пределах здоровой ткани в сочетании с рентгенорадиотерапией; криохирургия, лазеродеструкция, общая и наружная химиотерапия.

Профилактика. Для предупреждения развития заболевания важно своевременное лечение предраковых дерматозов. Большое значение имеет защита кожи от ультрафиолетовых лучей, воздействия канцерогенных факторов, особенно от ионизирующего излучения.

Меланома

Меланома (melanoma) – злокачественная опухоль, состоящая из атипичных меланоцитов полиморфного строения с различным содержанием пигмента.

Меланома кожи составляет около 7–8% от всех злокачественных опухолей кожи. Женщины болеют почти в 2 раза чаще, чем мужчины. Кроме кожи (80–85%) меланома поражает слизистые оболочки.

Патогенез. Причина меланомы не установлена, но считают, что важную роль в ее развитии играет ультрафиолетовое излучение. Опухоль располагается чаще на открытых участках тела. На туловище и верхних конечностях меланома развивается преимущественно у мужчин, а у женщин она чаще бывает на нижних конечностях. На лице опухоль локализуется одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Меланома может развиваться из пигментных невусов, ограниченного предракового меланоза Дюбрея и на внешне неизменной коже.

Чаще применяется классификация Sylvén (1967) и Rosenberg (1959):

I ст. – имеется только меланома без метастазов;

II ст. – имеются регионарные метастазы;

III ст. – диссеминированная меланома с метастазами.

Выделяют четыре формы меланомы. Поверхностно-распространяющаяся составляет около 70% от всех меланом. Наиболее часто развивается после 50 лет и является наиболее частой формой у белокожих людей.

Клиническая картина. Ранние изменения проявляются участком пигментации коричневого цвета с розовато-серыми и черными вкраплениями, слегка возвышающимися над уровнем кожи, с четкими, неправильной формы краями и венчиком гиперемии по периферии. Размер очага 2-3 см. В течение нескольких месяцев пятно растет только по периферии, уплотняется, превращаясь в бляшку с черной поверхностью, затем приобретает форму узла. Уже в период роста пятна возможны метастазы в регионарные лимфоузлы.

Меланома типа злокачественного лентиго встречается в 5-10% случаев, характеризуется продолжительной фазой горизонтального роста (5-20 лет и более). В типичных случаях опухоль возникает у пожилых людей (60-70 лет) на открытых участках лица и шеи. реже на кистях и стопах в виде пятна или бляшки черно-коричневого цвета. Этому варианту

меланомы обычно предшествует фаза радиального роста, клинически проявляющаяся меланозом Дюбрея.

Клиническая картина. Проявляется в виде гиперпигментированного пятна неправильной формы, которое возникает на поврежденной солнцем коже. Постепенно достигает 2-3 см в диаметре. Через несколько лет на его поверхности развиваются участки рубцовой атрофии, а пигментация становится неравномерной. В фазе вертикального инвазивного роста на фоне пятна появляется узел, иногда лишенный пигмента.

Узловатая форма является наиболее агрессивной разновидностью опухоли. Обычно развивается между 40-50 годами и составляет примерно 15% от всех меланом, у мужчин встречается чаще. Наиболее частой локализацией является кожа спины, шеи, головы, конечностей.

Клиническая картина. Характерно быстрое, в течение нескольких месяцев увеличение узла, его изъязвление и кровоточивость. Отличается быстрым ростом и плохим прогнозом. Эта форма может развиваться на фоне пигментированного невуса. Он становится бугристым, плотным, поверхность глянцевой. Нередко вокруг такого очага появляются черные узелки отсевов. Также меланома может развиться из меланоза Дюбрея или возникнуть из лентиго.

Разновидности узловатой меланомы:

а) веррукозная меланома – поверхность ее неровная, бугристая, содержит кровянистую некротическую массу;

б) фунгозная меланома состоит из большого узла на широком основании;

в) инфильтративно-язвенная форма представляет собой язву с неровным дном и валом вокруг, наблюдаются воспалительные изменения, а также инфильтрация глубоких слоев подкожной клетчатки.

Акральная меланома (около 10% всех меланом) локализуется на ладонной и подошвенной поверхностях. Наиболее распространенная форма меланомы у людей желтой, черной расы и латиноамериканцев. Обычно проявляется в виде коричневых или черных пятен на коже конечностей (ладони, подошвы, ногтевое ложе), а также слизистых оболочках.

Клиническая картина. Акрально-лентигозная меланома выглядит в виде пигментного пятна вокруг инвазивной опухоли, значительно приподнятой над уровнем кожи. Включенная в эту группу меланома слизистых оболочек (рта, вульвовагинальной и других областей) клинически характеризуется пигментацией неправильной формы, и лишь позже приподнимается над уровнем слизистой оболочки.

Патоморфология. Опухоль состоит из крупных полиморфных клеток кубической или полигональной формы. Реже клетки вытянутые, складываются в беспорядочно переплетающиеся пучки. Характерно альвеолярное расположение клеток. Наблюдается выраженный полиморфизм клеток, патологические митозы, гигантские многоядерные клетки, наличие пигмента. Труднее диагностировать беспигментную меланому.

Общей чертой всех злокачественных меланом является отсутствие тесного контакта между клетками. Они находятся на определенном расстоянии друг от друга. Этим объясняется большая способность клеток мигрировать и проникать в лимфатические и кровеносные сосуды.

Лечение. При подозрении на меланому пациента следует сразу направить на консультацию к онкологу. До заключения онколога проводить биопсию недопустимо, так как это может стимулировать метастазирование меланомы.

Общепризнанным считается, что радикальным методом лечения меланомы кожи является хирургическое вмешательство, заключающееся в иссечении опухоли с участком кожи, с

подкожной жировой клетчаткой и подлежащей фасцией, отступя от края опухоли не менее чем на 3 см. При соответствующих показаниях производится иссечение регионарных лимфоузлов. Другие виды лечения следует считать паллиативными.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Консультация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

К дерматологу обратился больной 65 лет с жалобами на появление образования на тыле кисти.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 3-х лет. Отмечал появление красного шелушащегося пятна на тыле правой кисти, которое со временем увеличилось в размерах, приобрело шероховатую поверхность.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На тыле правой кисти бляшка красного цвета, диаметром до 5 см, покрытая плотно прилегающими, потрескавшимися чешуйками.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Диагностика заболевания.
5. Лечение.

Задача №2

Больной, И , 67 лет, направлен на гистологическое исследование кожи с д/з: ДКВ. Высыпания существуют в течении 6 мес, получал наружно гормональную мазь в течении 1,5 мес, без эффекта.

Объективно: На коже шеи справа - пятно округлой формы с четкими границами розово-красного цвета, с легкой атрофией и телеангиоэктазиями на поверхности.

Проведена диагностическая биопсия с очага: Из эпидермиса спускаются в дерму комплексы опухолевых клеток с мелкими базофильными ядрами, по периферии комплексов - клетки выстроены палисадообразно.



1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дать определение.

3. С какими кожными заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Какие лабораторные методы исследования используют для диагностики этого заболевания?
5. Лечение.

Задача №3

К дерматологу обратился подросток 12 лет с жалобами на образование на волосистой части головы.

Очаг на голове существует с рождения. За последние 3 года увеличился в размере, стал беспокоить.

При осмотре на волосистой части головы овальная бляшка желтого цвета, диаметром до 3,0 см. Поверхность бляшки неровная, шероховатая, волосы отсутствуют.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию.
3. Течение заболевания.
4. Какие опухоли могут развиваться в пределах этого образования?
5. Лечение заболевания.

Задача №4

У женщины, которой сейчас 32 года, при рождении выявили плоскую коричневую бляшку на спине. В грудном возрасте в пределах очага поражения возникло множество темно-коричневых пятен. Недавно одно из таких мелких пятен стало темнеть и увеличиваться. Самочувствие больной хорошее.

При обследовании. На коже спины четко отграниченное светло-коричневое пятно, в пределах которого множество темно-коричневых пятен и папул. Лимфоузлы не увеличены. Признаков гепатоспленомегалии нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Типичная локализация заболевания.
3. Что выявляет биопсия при этом заболевании?
4. Какие методы лечения в настоящее время не применяются?
5. Какое лечение проводится?

Задача №5

У мальчика, которому сейчас 1 месяц, при рождении выявили крупную темно-коричневую бляшку на правом предплечье и кисти, и три подобные бляшки меньших размеров на проксимальных отделах той же руки. Беременность протекала нормально. Роды без осложнений. Общее состояние ребенка удовлетворительное.

При обследовании. Основные физиологические показатели в норме. Неврологическое обследование без патологии. На коже от кончиков пальцев правой руки до середины предплечья, включая ладонь (по типу «перчатки») темно-коричневая бляшка. Три подобные круглые бляшки меньших размеров на проксимальных отделах той же руки. Лимфоузлы не увеличены.

1. Поставьте диагноз
2. Какие разновидности заболевания выделяют в зависимости от размера образования?
3. Как часто для данного заболевания характерен риск развития меланомы?
4. Сочетание каких патологий называют нейродермальным меланозом?
5. Принципы лечения заболевания

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Этиопатогенетические факторы развития опухолей кожи.
2. Классификация опухолей кожи.
3. Диагностика опухолей кожи.
4. План обследования и лечения больных с опухолями кожи.

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

1. Этиопатогенетические факторы развития опухолей кожи.
2. Меланома кожи. Современные методы лечения.
3. Ретиноиды в лечении кератоакантом.
4. Тактика ведения больных онкологическими заболеваниями кожи.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
2.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
3.	Клиническая дерматоонкология [Электронный ресурс] : атлас. Режим доступа: http://ibooks.ru/reading.php?productid=353388	И. А. Ламоткин	М. : Бином, Лаборатория знаний, 2015.		
4.	Пигментные опухоли кожи [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436738.html	Л. В. Червонная	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.		

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
5.	Дерматоонкология. Лечение: учеб. пособие для врачей.	В.А. Молочков, Ю.В. Молочкова	М.: Практическая медицина, 2018.		

Электронные ресурсы

1	ЭБС Консультант студента
2	ЭБС Colibris
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭМБ Консультант врача
5	ЭБС ibooks
6	НЭБ e-Library
7	БД Nature
8	БД SAGE Premier
9	БД Oxford University Press
10	БД Scopus
11	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №27

**ТЕМА: «Красная волчанка. Этиология. Патогенез. Клинические проявления.
Диагностика. Лечение»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.27

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №27

Тема: «Красная волчанка. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей красной волчанки, особенно на ранней стадии развития, необходимо дерматологам, учитывая распространенность, разнообразие клинических форм, трудности дифференциальной диагностики, тяжесть течения и полиорганность поражения при этом заболевании.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):
- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению красной волчанки.

- знать:
 - этиологические и патогенетические факторы развития красной волчанки.
 - классификацию, особенности клинических проявлений красной волчанки.
 - дифференциальную диагностику красной волчанки с другими дерматозами.

- уметь:
 - собрать анамнестические данные у больных, страдающих красной волчанкой.
 - написать по курируемым больным локальный статус.
 - провести диагностические тесты, позволяющие верифицировать данное

заболевание.

- владеть:

составлением и обоснованием алгоритмов обследования и лечения больных красной волчанкой.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ПРИ ОСВЕЩЕНИИ ЛАМПОЙ ВУДА ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) снежно- голубое свечение;
- б) беловато- желтое свечение;
- в) кораллово- красное свечение;
- г) изумрудное свечение;
- д) отсутствие свечение.

2.КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ? (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) фолликулярный гиперкератоз;
- б) вакуольная дегенерация клеток базального слоя;
- в) атрофия мальпигиева слоя;
- г) надбазальный акантолиз с дискератозом;
- д) фибриноидная дегенерация коллагена.

3. КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ НЕ СВОЙСТВЕН КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ? (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) фолликулярный гиперкератоз;
- б) симптом Бенье- Мещерского;
- в) эритема;
- г) рубцовая атрофия;
- д) наличие вокруг очага сиреневатого ободка.

4.КАКОЕ ИЗ НАЗВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЖЕТ СОЧЕТАТЬСЯ С СКВ И ПРОТЕКАТЬ В ВИДЕ СИНДРОМА? (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8)

- а) пузырьковый лишай;
- б) буллезная форма порфириновой болезни;
- в) герпетиформной дерматит Дюринга;
- г) герпетиформное импетиго;
- д) буллезная форма токсикодермии.

5. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРОТИВОПОКАЗАН БОЛЬНЫМ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ? (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

- а) хингамин;
- б) аевит;

- в) дапсон;
- г) галидомид;
- д) апрессин.

6. С ПОМОЩЬЮ ПРЯМОЙ РЕАКЦИИ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ ОТЛОЖЕНИЕ IGG ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ: (УК-1, ПК-1)

- а) на верхушках дермальных сосочков;
- б) в зоне дермо- эпидермальной границы;
- в) в межклеточных пространствах шиповатого слоя;
- г) в роговом слое;
- д) во всех слоях эпидермиса.

7. КАКАЯ ИЗ РАЗНОВИДНОСТЕЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ МОЖЕТ ТРАНСФОРМИРОВАТЬСЯ В СИСТЕМНУЮ КРАСНУЮ ВОЛЧАНКУ? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) центробежная эритема;
- б) туберкулоидная волчанка;
- в) опухолевидная волчанка;
- г) глубокая волчанка;
- д) себорейная волчанка.

8. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ПЕРЕРОЖДЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ФОРМАХ ВОЛЧАНКИ: (УК-1,ПК-1,ПК-2,ПК-5,ПК-6,ПК-9)

- а) туберкулоидный;
- б) себорейной;
- в) папилломатозно- гиперкератической;
- г) розацеаподобной;
- д) пигментное.

9. СИНДРОМ СЕНИР-АШЕРА ВСТРЕЧАЮТСЯ: (УК-1,ПК-1)

- а) при многоморфном экссудативной эритеме;
- б) при пузырьчатке;
- в) при поздней кожной порфирии;
- г) при пиодермии;
- д) при пемфигоиде.

10. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ФОРМУ ПОРАЖЕНИЯ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ (УК-1,ПК-1,ПК-6,ПК-9)

- а) типичная;
- б) эрозивно-язвенная;
- в) экссудативная;
- г) эритематозно-сквамозная;
- д) глубокая.

11. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ НАЧИНАЮТ С НАЗНАЧЕНИЯ? (ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) азатиоприна и кортикостероидов;

- б) кортикостероидов и антималярийных средств;
- в) антималярийных препаратов и ретиноидов;
- г) плазмафереза и переливания крови;
- д) талидомида и циклоспорина.

12. ОСНОВНОЙ ГИПОТЕЗОЙ РАЗВИТИЯ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ СЧИТАЮТ (УК-1, ПК-1)

- а) наследственная;
- б) аутоиммунная;
- в) эндокринная;
- г) вирусная;
- д) неврогенная.

5.2. Основные понятия и положения темы.

Термин «красная волчанка» (*lupus erythematoses*) объединяет группу заболеваний соединительной ткани, имеющих аутоиммунный патогенез и поражающих преимущественно открытые участки кожи и внутренние органы.

Этиология и патогенез. Болеют красной волчанкой чаще женщины. Ведущее значение в происхождении заболевания имеет наследственная предрасположенность, которая способствует развитию аутоиммунных процессов. Большинство проявлений заболевания связано с образованием иммунных комплексов. При кожных формах красной волчанки принципиальное значение имеют клеточные реакции. Способствуют развитию болезни повышение выработки эстрогенов, УФО, хроническая бактериальная инфекция, действие некоторых медикаментов.

Выделяют преимущественно кожные (дискоидная, диссеминированная и глубокая формы заболевания) и системные формы красной волчанки.

Клиническая картина.

Дискоидная красная волчанка. Поражается преимущественно кожа лица: нос, щеки (особенно скуловая область), ушные раковины и прилегающая к ним кожа, лоб, подбородок, губы, а также волосистая часть головы. Характерно появление единичных, четко очерченных круглых или овальных очагов инфильтрированной эритемы. Центр очага покрывается плохо отделяющимися из-за фолликулярного гиперкератоза чешуйками. Удаление чешуек сопровождается болезненностью (симптом Мещерского-Бенье). На обратной стороне чешуек имеются шипики. Бляшки обладают тенденцией к периферическому росту. После разрешения очагов формируется грубая атрофия, на волосистой части головы – очаги рубцовой алопеции. Часто поражается красная кайма губ: эритематозные очаги со склонностью к эрозированию и атрофии, как правило, выходящие за пределы непосредственно красной каймы.

Заболевание протекает хронически-рецидивирующе с обострениями преимущественно весной и летом. Признаки системного поражения выявляются крайне редко.

Для диссеминированной красной волчанки также характерны эритема, инфильтрация, фолликулярный гиперкератоз и атрофия. Однако выраженность этих симптомов значительно меньше. Обычно имеется значительное количество очагов поражения. Типичная локализация: кожа лица, волосистой части головы, ушных раковин, верхних частей груди и спины, тыла кистей. Часто встречается волчаночный хейлит. Нередко

наблюдаются эритематозные и папулезные высыпания на слизистой оболочке полости рта.

После разрешения очагов обычно остается легкая атрофия. При диссеминированной красной волчанке особенно необходимо проводить обследования в динамике для исключения системного поражения.

В настоящее время выделяют особую форму – так называемую подострую кожную форму красной волчанки, для которой характерны распространенные кольцевидные очаги на коже, образующие при слиянии полициклические шелушащиеся по краям участки на груди, спине и конечностях с гипопигментацией и телеангиэктазиями в центральной части. При этом варианте красной волчанки имеются признаки системного поражения, но они выражены умеренно (артралгии, изменения со стороны почек, полисерозиты, анемия, лейкопения и др.). Иммунологические изменения характерны для системной красной волчанки (LE-клетки, антинуклеарный фактор, антитела к ДНК и др.). Однако в отличие от системной красной волчанки, прогноз заболевания относительно благоприятный.

Глубокая форма красной волчанки (люпус-панникулит) встречается редко и проявляется образованием одного-двух обычно асимметрично расположенных плотных подкожных узлов. Узлы подвижные, плоские, мало выступают над окружающей кожей. Как правило, поражается лицо (щека, подбородок, лоб). Кожа над узлом гладкая, вишнево-красного цвета или нормальной окраски.

Системной красной волчанкой болеют чаще молодые женщины со светлой кожей. Заболевание может развиваться остро, нередко без кожных проявлений или подостро и хронически, когда, как правило, имеется поражение кожи.

Наиболее часто при СКВ встречаются лихорадка, кожные высыпания, артралгия, артриты, поражение серозных оболочек (плеврит, значительно реже перикардит), лимфаденопатия, кардит, синдром Рейно, нефропатия, психоз, анемия, лейкопения, тромбоцитопения, гипергаммаглобулинемия, LE-клетки. Характерно обнаружение аутоантител к ДНК.

Наиболее частое поражение кожи – отечная эритема на лице, напоминающая «бабочку», постепенно распространяющаяся на шею и грудь. На коже корпуса и конечностей – полиморфные неспецифические высыпания: эритематозные и геморрагические пятна, уртикарные элементы, папулы, иногда везикулы и пузыри с геморрагическим содержимым. Характерным проявлением заболевания являются синюшные пятна на подушечках пальцев и паронихии. Часто поражается слизистая оболочка полости рта: белесоватые группирующиеся папулы на ярком эритематозном фоне. Типичны дистрофические изменения ногтевых пластинок и диффузная алопеция.

Диагностика кожных форм красной волчанки основана на выявлении основных клинических симптомов поражения кожи. В сложных случаях показано гистологическое исследование.

Для установления диагноза СКВ помимо клинической картины важны результаты лабораторных исследований. Характерны значительное увеличение СОЭ, гипохромная анемия, лейкопения, тромбоцитопения, диспротеинемия, наличие LE-клеток, выявление антинуклеарного фактора и противоядерных аутоантител (аутоантител к ДНК). При прямой иммунофлюоресценции в очагах поражения обнаруживают линейное отложение IgG, реже IgM в области дермо-эпидермального соединения.

Лечение. При всех формах красной волчанки должны быть использованы все средства защиты от инсоляции и холода. При кожных формах заболевания используются аминохинолиновые препараты 5-10-дневными циклами (по 1 таблетке 2 раза в день) с перерывами в 3-5 дней; на курс 90-100 таблеток. В дебюте заболевания и для

профилактики обострений ранней весной и осенью проводят курсы производных аминоксалина, препаратов кальция и производных никотиновой кислоты. Обязательно использование фотозащитных средств. Все больные должны находиться на диспансерном учете. При системной красной волчанке основным терапевтическим средством являются системные глюкокортикостероиды.

Локализованные формы. ДКВ: эритема, «феномен бабочки», фолликулярный гиперкератоз, феномен «дамского каблучка», с-м Бенъе-Мещерского, атрофия, гипо-, гиперпигментация.

Диссеминированная форма КВ: множественность очагов, висцериты, центробежная эритема (риск трансформации в СКВ).

Глубокая форма (риск трансформации в СКВ); кальцификация. Опухолевидная КВ.

Эрозивно-язвенная форма КВ слизистой рта и красной каймы губ; на губах свечение под лампой Вуда; риск озлокачествления; ККГ – типичная и экссудативно-гиперемическая формы.

Себорейная форма КВ: на фоне себореи; с-м Хачатурьяна – сально-роговые пробки в глубине ушных раковин, наперсткообразная атрофия.

Папилломатозная форма КВ (признак возможной малигнизации).

Гиперкератотическая форма КВ – гипсовидный налет.

Дисхромическая форма КВ

Туберкулоидная форма КВ

СКВ: Спонтанно или из ДКВ. После продрома/внезапно. Острая, подострая и хроническая формы. На коже островоспалительные эритематозно-папулезные, уртикарно-везикулезные или буллезные элементы, скарлатиноподобные, псориазиформные, себорейные, токсикодермические с геморрагическим компонентом. На подушечках пальцев геморрагии, телеангиэктазии. Диспансеризация. Проф. лечение: пр/маяр. пр-ты первые дни по 1 табл/сут, затем 2-3 табл/нед, никот. к-та, фотозащита.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

На прием к дерматологу обратилась больная 32-х лет с жалобами на высыпания на коже лица.

ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания на коже лица появились месяц назад после длительного пребывания на солнце. Лечилась самостоятельно. Применяла различные кремы, мази, но эффекта от лечения не было.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожный процесс локализуется на коже переносицы и щек «в виде бабочки». Высыпания представлены инфильтрированными эритематозными бляшками, покрытыми плотно сидящими роговыми чешуйками. Удаление чешуек сопровождается болезненностью. На обратной стороне чешуек обнаруживаются характерные шипики.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие характерные для данного заболевания симптомы имеют место в данном случае?
3. План обследования больной.

4. Составьте план лечения больной.
5. Профилактика заболевания.

Задача №2

К дерматологу обратилась больная 35 лет с жалобами на появление высыпаний на коже лица, шеи и рук.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение месяца. Высыпания на коже возникли внезапно после длительного нахождения на солнце. Самостоятельно не лечилась.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер, симметричный. Высыпания локализуются на лице, шее, передней поверхности грудной клетки, на плечах и предплечьях. Элементы сыпи представлены папулосквамозными и кольцевидными очагами. В центре кольцевидных очагов гипопигментация и телеангиэктазии. На пальцах рук вокруг ногтевых валиков телеангиэктазии.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания
3. Особенности сбора анамнеза у больных данным дерматозом
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Профилактика заболевания.

Задача №3

На прием к врачу обратилась больная 32-х лет с жалобами на высыпания красного цвета на коже лица, красной каймы губ, сопровождающиеся чувством жжения и покалывания.

ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания на коже лица появились в мае месяце после длительного пребывания на солнце. С тех пор процесс медленно прогрессирует. Лечилась самостоятельно, применяла мази с антибиотиками. Эффекта от лечения не было.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Патологический процесс локализуется на коже переносицы и щек в виде «бабочки», а также на губах и подбородке. Представлен инфильтрированными эритематозными бляшками, поверхность которых покрыта плотно сидящими роговыми чешуйками. После удаления чешуек на их нижней поверхности обнаруживаются шипики. Положительный симптом Бенъе-Мещерского. В центре бляшек имеет место рубцовая атрофия, по периферии очагов - телеангиэктазии. На красной кайме нижней губы ограниченный отек с трещинами.

1. Поставьте диагноз
2. Ключевые звенья патогенеза заболевания
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
4. Составьте план лечения.
5. Ваши рекомендации больной после клинического выздоровления

Задача №4

У девочки, которой сейчас 13 лет, около 2-х лет назад после инсоляции возникла сыпь на лице. Высыпания медленно прогрессировали. Со временем на щеках возникли точечные рубцы. Лечение кортикостероидами для наружного применения, противогрибковыми препаратами (включая гризеофульвин) и антибиотиками оказалось неэффективным. Помимо сыпи больную больше ничего не беспокоит. Семейный анамнез отягощен по красной волчанке — тетья по материнской линии страдает системной красной волчанкой с тяжелым поражением почек.

При обследовании. На коже щек, носа, подбородка и центральной части лба красные шелушащиеся бляшки. На фоне бляшек располагаются точечные атрофические рубцы и роговые пробки в устьях волосяных фолликулов. На ушных раковинах — роговые пробки

в устьях волосяных фолликулов. Диффузное поредение волос на голове. Других патологических изменений не выявлено.

1. Поставьте диагноз
2. Что спровоцировало заболевание у данной больной?
3. Ключевые звенья патогенеза заболевания
4. Составьте план лечения.
5. Критерии эффективности лечения.

Задача №5

К дерматологу обратилась больная 40 лет с жалобами на появление покраснения и рубцов на лице, выпадение волос на голове.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение года, когда летом после загара появилось стойкое покраснение на коже лица. Самостоятельно применяла различные косметические средства, без эффекта. К врачу не обращалась. Через 3 месяца после появления высыпаний на лице отметила выпадение волос на голове.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже лица в области щек очаги поражения, представленные красными бляшками диаметром до 2 см с плотно прилегающими чешуйками, гипопигментированные рубцы с телеангиэктазией. На волосистой части головы три очага рубцующейся алопеции диаметром до 3 см.

Поставьте диагноз.

Какие нарушения иммунной системы характерны для данного заболевания?

Назовите классическую триаду симптомов для данного заболевания?

Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с полиморфным фотодерматозом и ограниченным псориазом.

Перечислите критерии эффективности лечения.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Классификация красной волчанки.
2. Этиология красной волчанки.
3. Патогенез красной волчанки.
4. Характеристика клинических форм красной волчанки.
5. Диагностика красной волчанки.
6. Лечение больных красной волчанкой.
7. Диспансеризация больных красной волчанкой.

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

1. Дифференциально-диагностические критерии красной волчанки.
2. Алгоритм обследования больных красной волчанкой: анамнез, общий статус, локальный статус, лабораторная диагностика, дополнительные методы обследования, консультации специалистов.
3. Алгоритм лечения больных красной волчанкой: принципы лечения в зависимости от активности процесса, общее лечение, наружное лечение; диспансеризация больных красной волчанкой.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
2.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

Электронные ресурсы

1	ЭБС Консультант студента
2	ЭБС Colibris
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭМБ Консультант врача
5	ЭБС ibooks
6	НЭБ e-Library
7	БД Nature
8	БД SAGE Premier
9	БД Oxford University Press
10	БД Scopus
11	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №28

**ТЕМА: «Склеродермия. Этиология. Патогенез. Клинические проявления.
Диагностика. Лечение»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.28

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №28

Тема: «Склеродермия. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей склеродермии необходимо дерматологам в повседневной работе для проведения адекватного лечения.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению склеродермии
- знать:
 - этиологические и патогенетические факторы развития склеродермии.
 - классификацию, особенности клинических проявлений склеродермии.
 - дифференциальную диагностику склеродермии с другими дерматозами.
- уметь:
 - собрать анамнестические данные у больных, страдающих склеродермией.
 - написать по курируемому больным локальный статус.
 - провести диагностические тесты, позволяющие верифицировать данное заболевание.

- владеть:

– составлением и обоснованием алгоритмов обследования и лечения больных склеродермией.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. НА РАННЕЙ СТАДИИ СКЛЕРОДЕРМИИ НАЗНАЧАЮТ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) препараты витамина А;
- б) цинк;
- в) антибиотики;
- г) цитостатики;
- д) фотосенсибилизаторы.

2. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФОРМ СКЛЕРОДЕРМИИ НЕ ОТНОСИТСЯ К ОГРАНИЧЕННОЙ? (УК-1, ПК-1)

- а) линейная;
- б) белый лишай Цумбуша;
- в) акросклероз;
- г) атрофодермия Пазини-Пьерини;
- г) morphea.

3. К СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ОТНОСИТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6)

- а) CREST-синдром;
- б) белый лишай Цумбуша;
- в) полосовидная склеродермия;
- г) атрофодермия Пазини-Пьерини;
- д) буллезная форма склеродермии.

4. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) парестезии;
- б) болезненность;
- в) изъязвление;
- г) пятно розово-красного цвета с фиолетово-сиреневым ободком по периферии;
- д) индурация и склероз кожи.

5. САМЫМ РАННИМ СИМПТОМОМ ДИФFUЗНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) боли в мышцах;
- б) боли в суставах;
- в) отечность кожи;
- г) феномен Рейно;

д) кисетообразный рот.

6. ИЗ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) суставы;
- б) легкие;
- в) пищевод;
- г) легкие;
- д) селезенка.

7. ПРЕПАРАТОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) преднизолон;
- б) метотрексат;
- в) азатиоприн;
- г) купренил;
- д) делагил.

8. ИЗ АУТОАНТИТЕЛ НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМИ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1)

- а) антинуклеарные антитела;
- б) антитела к Scl-70;
- в) антитела к ДНК;
- г) антитела к РНК;
- д) антитела к нуклеопротеидам.

9. СОЧЕТАНИЕ ОТЛОЖЕНИЯ КАЛЬЦИЯ В ТКАНЯХ ПРИ СКЛЕРОДЕРМИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- а) синдром Шарпа;
- б) синдром Ротмунда;
- в) синдром Рейно;
- г) синдром Тибьержа-Вейссенбаха;
- д) синдром Шегрена.

10. ПАТОГНОМОТИЧНЫМ ДЛЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТАДИИ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8)

- а) симптом Никольского;
- б) лиловый ободок вокруг очага поражения;
- в) периферический бордюр из отслоившегося эпидермиса;
- г) симптом яблочного желе;
- д) симптом Бенъе.

11. ВЕДУЩИЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ОТЕКА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ (УК-1, ПК-1)

- а) влияние гистамина- ацетилхолина;
- б) влияние гистамина-серотонина;

- в) кининов;
- г) влияние ацетилхолина-простагландинов;
- д) влияние брадикинина- калликреина.

12. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ОКАЗЫВАЕТ АНТИСЕРОТОНИНОВОЕ ДЕЙСТВИЕ?
(ПК-6, ПК-8)

- а) тигазон;
- б) пипольфен;
- в) кетотифен;
- г) перитол;
- д) фенкарол.

13. В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ СКЛЕРОДЕРМИИ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО НАЗНАЧЕНИЕ (ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) пенициллин, тигазон, перитол;
- б) ангиопротекторы, купренил, перитол;
- в) пенициллин, ангиопротекторы, лидаза;
- г) лидаза, тигазон, ангиопротекторы;
- д) ангиопротекторы, аевит, купренил.

5.2. Основные понятия и положения темы.

Склеродермия (sclerodermia) – полисиндромное заболевание, проявляющееся прогрессирующим склерозом кожи, внутренних органов, сосудистой патологией.

Этиология и патогенез. Женщины болеют склеродермией значительно чаще мужчин. Основным патогенетическим звеном является нарушение функции фибробластов, которое предопределено генетически. Синтезируется большое количество незрелого коллагена. Действие на эндотелий цитотоксических факторов (экзо- и эндогенных) приводит к поражению мелких сосудов и нарушению проницаемости, гипоксии тканей, утолщению сосудистой стенки с инфильтратом, состоящим преимущественно из макрофагов, перикапиллярному фиброзу.

Выявляют антитела к различным ядерным компонентам: связанным хромосомами негистонным ядерным белкам, центромерам, фибробласта коллагену и др.

В качестве провоцирующих чаще выступают гормональные факторы (часто склеродермия развивается после абортов, беременности, в климактерическом возрасте).

Классификация. Выделяют ограниченные (кожные) и системные формы склеродермии. В свою очередь, ограниченная склеродермия подразделяется на бляшечную, линейную и мелкоочаговую склеродермию. Системная склеродермия подразделяется на акросклеротическую форму (CREST-синдром – кальциноз (C), феномен Рейно (R), поражение пищевода (E), склеродактилия (S), телеангиэктазии (T) и диффузную (прогрессирующий системный склероз).

Клинические проявления. Ограниченная склеродермия встречается чаще у женщин, в возрасте 40-60 лет. Высыпания на коже могут быть как единичные, так и множественные. Наиболее часто встречается бляшечная склеродермия. Первичным высыпным элементом является субъективно не беспокоящее пятно сиреневого цвета. Через несколько месяцев его центральная часть, как правило, уплотняется и приобретает цвет слоновой кости. По

периферии очага сохраняется сиреневый венчик, свидетельствующий об активности кожного процесса. В дальнейшем на этом месте формируется атрофодермия.

При линейной склеродермии высыпания расположены линейно по длине конечности, обычно моносторонне, по ходу сосудисто-нервного пучка или в лобной области, напоминая рубец от удара саблей (склеродермия типа «удара саблей»). Для этой формы типична глубокая атрофия кожи и подлежащих тканей. Развивающееся нарушение микроциркуляции в пораженной конечности с годами приводит к ее гипотрофии. Склеродермия типа «удара саблей» может сочетаться с гемиатрофией лица.

Склеродермия мелкоочаговая (синонимы: склероатрофический лишай, болезнь «белых пятен») чаще встречается у женщин, находящихся в климактерическом и постклимактерическом периодах. Нередко у пациенток в анамнезе имеются указания на гинекологические заболевания или операции. Помимо кожи корпуса, реже проксимальных отделов конечностей, у женщин часто регистрируется поражение вульвы и перианальной области. У мужчин типичной является локализация высыпаний на крайней плоти и головке полового члена (может приводить к рубцовому фимозу и стриктуре уретры). Характерно появление папул белого и сиреневого цвета, которые быстро трансформируются в очаги атрофии кожи белого цвета. Часто отмечается умеренный гиперкератоз, роговые пробки в устьях волосяных фолликулов. Мелкоочаговая склеродермия часто сопровождается чувством зуда или жжения кожи.

Глубокая бляшечная склеродермия проявляется плотными мелкобугристыми узлами, расположенными глубоко в коже.

Дифференциальный диагноз. При бляшечной склеродермии необходимо проводить дифференциальный диагноз с клещевым боррелиозом. При мелкоочаговой склеродермии дифференциальный диагноз проводится с витилиго и атрофической формой красного плоского лишая. Во всех случаях при впервые поставленном диагнозе «ограниченная склеродермия» проводится обследование для исключения системного характера поражения.

Лечение патогенетическое. При возникновении и обострениях заболевания используется курсовое лечение бензилпенициллином (по 500 000 ЕД 4 раза в сутки, на курс 28 млн ЕД). Эффективны небольшие дозы D-пеницилламина (0,5–0,9 в сутки, курс 3-6 месяцев). При мелкоочаговой склеродермии применяют курсы унитиола внутримышечно. Используется также физиотерапия д'Арсонваля, фонофорез топических стероидов.

Системной склеродермией женщины болеют в 10 раз чаще, чем мужчины. Выделяют два клинических варианта: диффузная склеродермия (прогрессирующий системный склероз) и акросклеротическая форма системной склеродермии (CREST-синдром). Для диффузной склеродермии характерно острое или подострое течение заболевания с быстрым прогрессирующим поражением внутренних органов. Поражение кожи диффузное, быстро прогрессирующее. Характерно быстрое развитие отека всей или почти всей кожи. Цвет кожи серый, с синюшным оттенком. Постепенно кожа спаивается с подлежащими тканями. Движения затрудняются, исчезает мимика. Развивается атрофия подкожной жировой клетчатки и мышц. Поражаются внутренние органы: легкие (пневмофиброз), желудочно-кишечный тракт, сердце, почки. При лабораторном исследовании часто повышены острофазовые показатели (СОЭ, сиаловые кислоты, СРБ, фибриноген и др.), выявляются антинуклеарный фактор и противоядерные антитела.

Для акросклеротической формы заболевания (CREST-синдрома) характерно хроническое течение. Начинается болезнь обычно с феномена Рейно, позднее появляются отек кистей и

стоп, склеродактилия. Затем процесс захватывает кожу лица: лицо становится амимичным, кожа натянута, поблескивает, нос заостряется, сужается ротовое отверстие, вокруг него формируются кисетообразные складки. Возможны уплотнение языка и укорочение его уздечки. Характерно большое количество телеангиэктазий на лице. Из внутренних органов наиболее рано поражается пищевод. На ранних стадиях его поражение (снижение перистальтики) выявляется только при рентгеноскопии в положении лежа. Позднее больных начинает беспокоить затруднение при прохождении пищевого комка по пищеводу, связанное со склерозированием стенок последнего. На втором месте по частоте поражения – легкие. На ранних этапах их поражение выявляется при рентгенографии в виде усиления легочного рисунка. Затем развивается пневмофиброз с соответствующей клинической и рентгенологической симптоматикой. Наиболее неблагоприятно прогностически поражение почек. Лабораторные показатели в дебюте заболевания при хроническом течении меняются мало, характерные сдвиги выявляются преимущественно на поздних стадиях болезни.

Диагностика:

Лабораторные тесты:

1. определение АТ, специфичных для ССД (антицентромерных антипоизомеразных или анти-Скл-70- аутоантител);
2. анализ крови, мочи (обращать внимание на СОЭ, гипергаммаглобулинемию, гиперпротеинемию, антитела к ДНК, ревматоидный фактор).
3. Пробы печени.
4. ЭКГ.
5. Капилляроскопия
6. Консультация терапевта (нефролог) и др.

Лечение комплексное.

Санация очагов инфекции, лечение паразитозов. Пенициллин, фузидин-натрий, макролиды, тетрациклины. Не применять стрептомицин!

Антифиброзные средства.

Д-пеницилламин (купренил). Мадекассол 0,01 3 р./сут (3-6 мес), мазь – 1 мес.

Диуцифон .

Лонгидаза, трипсин, химотрипсин.

Системная энзимотерапия.

Унитиол – расщепляет коллаген, препятствует фиброзированию.

Сосудистые препараты, антиагреганты.

Ангиопротекторы.

Противовоспалительные средства и иммунодепрессаны, НПВП.

Экстракорпоральные методы.

Витамины: А, Е внутрь, местно.

Биостимуляторы.

Нейротропные (седативные).

Локальная терапия: фонофорез гидрокортизона, лидазы, аевита, 10% ихтиоловой, 5% теониколовой мази, йодида калия.

Магнитотерапия, лазеротерапия, диатермия, парафин, озокерит, лечебные грязи; КВЧ-терапия; оксигенотерапия (п/к, ГБО); акупунктура, лазеропунктура; озонотерапия; ванны сероводородные, углекисло-рапные, йодобромные, радоновые и др.

Массаж сегментарный, комбинированный, общий, локальный. Криомассаж. Лечебная гимнастика.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

К дерматологу обратился мужчина 40 лет с жалобами на появление красных пятен на коже голеней.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 4-х месяцев, когда впервые на коже голеней появились линейные очаги красного цвета. Самостоятельно не лечился.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже разгибательной поверхности голеней 3 очага поражения линейной формы, размером 1,0 x 5,0 см. Кожа в очагах эритематозная, отечная, по периферии очагов характерный сиреневый оттенок кожи.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Клиническая классификация заболевания
4. Дифференциальная диагностика данного дерматоза с другими заболеваниями.
5. Назначьте лечение.

Задача №2

На прием к врачу обратился больной 24-х лет с жалобами на появление очагов уплотнения кожи на груди.

ИЗ АНАМНЕЗА. Месяц тому назад появились 2 округлых пятна синюшно-красного цвета на коже груди. Кожа в очагах поражения была отечной, тестоватой консистенции. Через несколько недель кожа в очагах поражения приобрела деревянистую плотность, цвет стал бледно - синюшным. Состоит на учете у эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы. Заболевание связывает с тем, что на работе часто переохлаждается и часто болеет ангиной и ОРЗ.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже груди 2 очага поражения плотной консистенции, размером 4 – 5см. Цвет кожи в очагах восковидно - желтый, по периферии имеется сиреневый венчик. Волосы в очагах поражения отсутствуют, рисунок кожи сглажен.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Клиническая классификация заболевания
4. Какие исследования необходимо провести?
5. С какими дерматозами необходимо дифференцировать данное заболевание?

Задача №3

К дерматологу обратилась больная 35 лет с жалобами на появление очагов уплотнения на туловище и ногах.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение 8 месяцев. Сначала отметила появление пятен синюшно-красного цвета на груди и животе, которые со временем стали уплотняться. Затем подобные высыпания появились на голених. К врачу не обращалась, не лечилась.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер. На коже груди и живота 3 бляшки до 5см в диаметре. В очагах выражены гиперпигментация, фиброз и атрофия кожи. На передней поверхности голени 2 очага поражения до 3см в диаметре, кожа в очаге воспалена, имеет лиловый оттенок.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Клиническая классификация заболевания
4. Какие исследования необходимо провести?
5. Современные методы лечения данного заболевания.

Задача №4

К дерматологу обратилась больная 35 лет с жалобами на появление высыпаний на коже лица, шеи и рук.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение месяца. Высыпания на коже возникли внезапно после длительного нахождения на солнце. Самостоятельно не лечилась.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер, симметричный. Высыпания локализуются на лице, шее, передней поверхности грудной клетки, на плечах и предплечьях. Элементы сыпи представлены папулосквамозными и кольцевидными очагами. В центре кольцевидных очагов гипопигментация и телеангиэктазии. На пальцах рук вокруг ногтевых валиков телеангиэктазии.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания
3. Особенности сбора анамнеза у больных данным дерматозом
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Профилактика заболевания.

Задача № 5

К дерматологу обратился мужчина 45 лет с жалобами на высыпания вокруг глаз, мышечную слабость, недомогание.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больным себя считает в течение 6 месяцев, когда стал отмечать покраснение и отек кожи вокруг глаз. Через 3 месяца появилась слабость, с трудом поднимался вверх по лестнице, быстро уставал при физических нагрузках. За время болезни потерял 20 кг веса тела.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер. В периорбитальной области лиловый оттенок цвета кожи, сопровождающийся отеком. На разгибательных поверхностях локтей лиловая эритема, шелушение, фиолетовые папулы. На кистях вокруг ногтей эритема, телеангиэктазии. В области межфаланговых суставов кистей лиловые папулы.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести больному?
3. Консультация какого специалиста необходима больному?
4. Какие варианты течения данного заболевания известны?
5. Рекомендуемые методы лечения данного заболевания.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Этиология склеродермии.
2. Патогенез склеродермии.
3. Характеристика клинических форм склеродермии.

4. Диагностика склеродермии.
5. Лечение больных склеродермией.
6. Диспансеризация больных склеродермией.

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

1. Дифференциально-диагностические критерии склеродермии.
2. Алгоритм обследования больных склеродермией.
3. Алгоритм лечения больных склеродермией.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
2.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

Электронные ресурсы

1	ЭБС Консультант студента
2	ЭБС Colibris
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭМБ Консультант врача
5	ЭБС ibooks
6	НЭБ e-Library
7	БД Nature
8	БД SAGE Premier

9	БД Oxford University Press
10	БД Scopus
11	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №29

**ТЕМА: «Дерматомиозит. Этиология. Патогенез.
Клинические проявления. Диагностика. Лечение»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.29

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №29

Тема: «Дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей дерматомиозита необходимо дерматологам в повседневной работе для проведения адекватного лечения.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);
 - готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
 - учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению дерматомиозита
- знать:
- этиологические и патогенетические факторы развития дерматомиозита.
 - Классификацию.
 - особенности клинических проявлений дерматомиозита.
- уметь:
- собрать анамнестические данные у больных, страдающих дерматомиозитом,
 - написать по курируемым больным локальный статус,
 - провести диагностические тесты, позволяющие верифицировать данное заболевание,

- владеть:
- алгоритмами обследования больных дерматомиозитом

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ДЕРМАТОМИОЗИТ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (УК-1, ПК-1, ПК-6)
 - а) детском
 - б) подростковом
 - в) в 20 лет
 - г) между 40 – 60 годами
 - д) в 30 лет
2. ДЛЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА В РАННЕЙ СТАДИИ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ (УК-1, ПК-1, ПК-6)
 - а) на лице и шеи
 - б) на нижних конечностях
 - в) на ягодицах
 - г) на верхних конечностях
 - д) на туловище
3. ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НЕ ВОЗМОЖНО СОЧЕТАНИЕ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)
 - а) лимфома
 - б) лейкоз
 - в) миелома
 - г) менингит
 - д) инсульт
4. В РАЗВИТИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА НЕ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИЙ ФАКТОР (УК-1, ПК-1, ПК-6)
 - а) иммунные механизмы
 - б) инфекция
 - в) стресс
 - г) генетический фон
 - д) инсоляция
5. ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НЕ МОГУТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ (УК-1, ПК-1, ПК-6)
 - а) отечная эритема
 - б) волдыри
 - в) пузырьки
 - г) геморрагии
 - д) лихенификация

6. ПОРАЖЕНИЕ МЫШЦ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НЕ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ХАРАКТЕР (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6)

- а) нарастающая слабость
- б) болезненность
- в) миофиброз
- г) атрофия
- д) безболезненность

7. ДЕРМАТОМИОЗИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- а) красный плоский лишай
- б) псориазом
- в) склеродермия
- г) атопический дерматит
- д) системная красная волчанка.

8. С КАКИМ СПЕЦИАЛИСТОВ СЛЕДУЕТ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬ БОЛЬНОГО ПРИ РАЗВИТИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА В ВОЗРАСТЕ ПОСЛЕ 40 ЛЕТ? (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6)

- а) терапевт
- б) онколог
- в) хирург
- г) рентгенолог
- д) гинеколог.

9. РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ДЕРМАТОМИОЗИТА: (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) первичный и вторичный
- б) третичный
- в) латентный
- г) рецидивирующий
- д) хроническая

10. КАКИЕ КОРТИКОСТЕРОИДЫ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНОМУ ДЕРМАТОМИОЗИТОМ? (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) преднизолон
- б) триамцинолон
- в) дипроспан
- г) гидрокортизон
- д) метипред.

5.2. Основные понятия и положения темы.

Дерматомиозит – заболевание из группы диффузных болезней соединительной ткани, для которого характерно хронически прогрессирующее течение, приводящее к инвалидизации из-за поражения мышц.

Этиология и патогенез. Мультифакториальное с генетической предрасположенностью. Иммуные механизмы (больше клеточный иммунитет): развитие после вакцин,

сывороток, лекарств (антибиотики, сульфаниламиды и т.д.), контакта с хим. Агентами. Дисбаланс Т- и В-лимфоцитов, снижение Т-супрессоров. Роль инфекции (вирусы) – провоцирующая роль. Роль стресса. Роль ферментопатий (первичны или вторичны?). Генетический фон, ассоциация с АГ HLA – В8.

Д первичный (идиопатический).

Д вторичный (паранеопластический): общий АГ в опухолях и мышцах; возраст старше 60 лет – Д почти всегда паранеопластический.

Выделяют дерматомиозит у детей (характерны генерализованное поражение поперечнополосатых мышц и кожи и тяжелое течение) и дерматомиозит взрослых. Нередко дерматомиозит выступает в качестве паранеопластического заболевания. Поражение кожи выявляется в 75% случаев заболевания и в 25% случаев является первым проявлением болезни.

Кожные проявления малоспецифичны. Наиболее часто встречается стойкая эритема (рецидивирующая, ярко-красная или пурпурно-лиловая). Характерная локализация – лицо, верхняя часть груди. Субъективно возможны болезненность кожи в местах высыпаний и небольшой зуд. Типичен периорбитальный отек, сопровождающийся эритемой. Также характерны красно-фиолетовые папулы на разгибательной поверхности межфаланговых суставов и фиолетовые пятна на тыле кистей, на разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов. Нередко наблюдаются микронекрозы в области ногтевого валика и основания ногтя. Возможно наличие подчеркнутой венозной сети и мраморного рисунка кожи, особенно на нижних конечностях. В 70% случаев отмечается отек кожи и подкожной жировой клетчатки. Возможно наличие уртикарных элементов, экхимозов, розеол, петехии, везикул, воспалительных папул, склеродермоподобных очагов. Одновременно с кожей поражаются слизистые оболочки (конъюнктивиты, риниты, фарингиты. Поражение мышц обычно развивается постепенно. В дебюте заболевания больных беспокоит повышенная утомляемость, мышечная слабость, миалгии. Чаще первыми поражаются мышцы плечевого пояса: для пациентов представляют затруднения все действия, связанные с подниманием рук. Постепенно мышцы уплотняются, развиваются мышечные контрактуры. Обычно несколько позднее пациенты отмечают затруднение при подъеме по лестнице. Постепенно развивается панмиозит. Большое значение имеет поражение мышц надгортанника, глотки, языка, мягкого неба, так как это приводит к дисфагии и дисфонии. Возможно поражение дыхательных мышц, мышц глаз и т. д.

Опорные критерии для диагноза Дерматомиозит:

а)поражение кожи: «дерматомиозитические очки», «полумаска»; капилляриты ладоней и пальцевых подушечек; волдыри, узелки, гипо-, гиперпигментация на открытых участках – «пойкилодерматомизит»;

б)стойкие отеки периорбитально и на разгибательных поверхностях конечностей;

в)часто конъюнктивит, ринит, фарингит, афтозный стоматит, лейкоплакия, изъязвления, пурпура («дерматоукополимиозит»);

г)системное поражение мышц, особенно плечевого и тазового пояса; мышц жевательных, языка, глотки, пищевода; кахексия.

Висцеропатии: поражения ЖКТ; легких; ССС – расстройства сердечной деятельности.

Лабораторные показатели: активность трансаминаз, альдолазы, креатинфосфокиназы, лактатдегидрогеназы; креатинурия при снижении креатинина, повышение коэффициента креатин/креатинин в суточной моче.

Диф. диагностика: СКВ, склеродермия, панникулит Кристчен-Вебера, трихинеллез.

Лечение.

Исключить онкопатологию!

ГКС: преднизолон . Триамцинолон не назначать (усиливает мышечную слабость)!

Человеческий гаммаглобулин, иммуноглобулин в/в.

НПВП – в стадии атрофии и фиброза вместо ГКС.

При стероидрезистентности/плохой переносимости ГКС – циклоспорин, метотрексат, азатиоприн, меркаптопурин, циклофосфан.

ГКС + цитостатики.

Стероидрезистентность – онкопатология?

Хрон. Д – хинолиновый ряд (делагил).

Антибиотики + ГКС.

Препарат, улучшающие метаболизм в мышечной ткани, нейтрализующие катаболический эффект ГКС.

Весной, осенью – АТФ, фосфаден, аевит, вит. С, РР, гр.В, ПАБК; пр-ты корня солодки; общеукрепляющие ср-ва.

При осложнении кальцинозом – соль ЭДТА (трилон Б).

Иммуномодуляторы.

Массаж, лечебная физкультура.

Электрофорез (лидаза, антигистаминные пр-ты, НПВП), тепловые процедуры, парафин, воск.

Местно – ГКС мази + 10% ихтиоловая 1:1.

Инвалидность II – I гр. Щадящий режим.

Онкологическая настороженность постоянно. Летальность до 30% (опухоли, висцериты, осложнения от терапии, иммунодепрессия и т.д.).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача № 1

К дерматологу обратилась больная 60 лет с жалобами на появление высыпаний на коже лица, шеи и груди, слабость, недомогание.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение одного года. Сначала заметила появление красноты и шелушения на шее и груди, затем на пальцах рук. Через некоторое время стала отмечать слабость, быструю утомляемость при физических нагрузках, затруднения при подъеме со стула. За время болезни потеряла 15 кг веса тела.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер. В периорбитальной области кожа отечна, имеет темно-красный цвет. На задней поверхности шеи и задней поверхности плеч лиловая эритема. На передней поверхности груди эритема, гипо- и гиперпигментация, шелушение, атрофия кожи, телеангиэктазии. На коже в области пястно-фаланговых суставов лиловые бляшки.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите характерные симптомы заболевания у данной больной?

3. Какие характерные признаки поражения мышц имеют место у данной больной?
4. Консультация какого специалиста необходима больной?
5. Какие варианты течения данного заболевания известны?

Задача № 2

К дерматологу обратился мужчина 45 лет с жалобами на высыпания вокруг глаз, мышечную слабость, недомогание.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больным себя считает в течение 6 месяцев, когда стал отмечать покраснение и отек кожи вокруг глаз. Через 3 месяца появилась слабость, с трудом поднимался вверх по лестнице, быстро уставал при физических нагрузках. За время болезни потерял 20 кг веса тела.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер. В периорбитальной области лиловый оттенок цвета кожи, сопровождающийся отеком. На разгибательных поверхностях локтей лиловая эритема, шелушение, фиолетовые папулы. На кистях вокруг ногтей эритема, телеангиэктазии. В области межфаланговых суставов кистей лиловые папулы.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести больному?
3. Консультация какого специалиста необходима больному?
4. Какие варианты течения данного заболевания известны?
5. Рекомендуемые методы лечения данного заболевания.

Задача №3

У женщины 63-х лет через 6 недель после инсоляции на лице возникла диффузная эритема, сопровождающаяся выраженным зудом. Затем эритема появилась на тыльной поверхности кистей и предплечий. Тем не менее, самочувствие больной было хорошее. В анамнезе экстирпация матки 17 лет назад по поводу рака яичников, радикальная мастэктомия 4 года назад по поводу рака молочной железы. Больная последние 3-4 года принимала тамоксифен, глибенкламид, периодически – парацетамол.

При обследовании. Общее состояние удовлетворительное. Основные физиологические показатели в норме. На коже открытых участков тела – лице, груди, тыла кистей, верхней части спины - красные папулы. Над мелкими суставами кистей лентикулярные папулы с шелушением на поверхности. Телеангиэктазии и инфаркты задних ногтевых валиков.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови, активность КФК, электромиография – без патологии. Обзорная рентгенография грудной клетки: метастазов не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология заболевания.
3. Консультация какого специалиста необходима больной?
4. Что означает амиопатический дерматомиозит?
5. Какие варианты течения данного заболевания известны?

Задача №4

У девочки 2,5 лет после инсоляции появилась красная сыпь на лице. Родители отмечают у ребенка быструю утомляемость и мышечную слабость, которые возникли 3 месяца назад. При обследовании. Температура 37,5 С. На коже щек и век красные, слегка отечные пятна. Над пястно-фаланговыми и межфаланговыми суставами кистей плоские лиловые папулы. Телеангиэктазии на верхних веках и ногтевых валиках. Слабость проксимальных мышц конечностей.

1. Поставьте диагноз

2. Этиология заболевания.
3. Какие особенности клинических проявлений характерны для данного заболевания у детей?
4. Перечислите методы лабораторной диагностики
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Задача №5

К дерматологу обратилась больная 76 лет с жалобами на появление высыпаний на коже лица, шеи и груди, слабость, недомогание.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение 2 лет. Сначала заметила появление красноты и шелушения на шее и груди, затем на пальцах рук. Через некоторое время стала отмечать слабость, быструю утомляемость при физических нагрузках, затруднения при подъеме со стула. За время болезни потеряла 20 кг веса тела.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер. В периорбитальной области кожа отечна, имеет темно-красный цвет. На задней поверхности шеи и задней поверхности плеч лиловая эритема. На передней поверхности груди эритема, гипо- и гиперпигментация, шелушение, атрофия кожи, телеангиэктазии. На коже в области пястно-фаланговых суставов лиловые бляшки.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите характерные симптомы заболевания у данной больной?
3. Какие характерные признаки поражения мышц имеют место у данной больной?
4. Консультация какого специалиста необходима больной?
5. Какие варианты течения данного заболевания известны?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

- 1.Классификация дерматомиозита.
- 2.Этиология дерматомиозита.
3. Патогенез дерматомиозита.
4. Характеристика клинических форм дерматомиозита.
- 5.Диагностика дерматомиозита.
- 6.Лечение больных дерматомиозитом.

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

- 1.Дифференциально-диагностические критерии дерматомиозита.
- 2.Алгоритм обследования больных дерматомиозитом.
- 3.Алгоритм лечения больных дерматомиозитом.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
2.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

Электронные ресурсы

1	ЭБС Консультант студента
2	ЭБС Colibris
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭМБ Консультант врача
5	ЭБС ibooks
6	НЭБ e-Library
7	БД Nature
8	БД SAGE Premier
9	БД Oxford University Press
10	БД Scopus
11	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №30

**ТЕМА: «Сифилис. Этиология. Патогенез.
Общее течение. Классификация»**

Индекс темы ОД.О.01.1.3.30

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №30

Тема: «Сифилис. Этиология. Патогенез. Общее течение. Классификация»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

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

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: ознакомить обучающихся с этиологией и патогенезом сифилиса.

- знать:

- этиологию и эпидемиологию сифилиса.
- общее течение сифилиса.
- классификацию сифилиса.

- уметь:

- провести микроскопическое исследование бледной трепанемы в темном поле зрения.
- получить клинический материал для лабораторных исследований.

- владеть;
- методами консультирования больных сифилисом.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. БЛЕДНАЯ ТРЕПОНЕМА ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ СУЩЕСТВОВАНИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) спиралевидную;
- б) тетракокковую;
- в) шаровидную;
- г) треугольную;
- д) бобовидную.

2. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА ДОМИНИРУЮЩЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ФОРМА БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) инцистированная;
- б) спиралевидная;
- в) зернистая;
- г) L-форма;
- д) делящаяся.

3. ПРИ СКРЫТОМ ПОЗДНЕМ СИФИЛИСЕ ДОМИНИРУЮЩЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ФОРМА БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) спиралевидная;
- б) зернистая;
- в) инцистированная;
- г) L-форма;
- д) в стадии деления.

4. ЧИСЛО ЗАВИТКОВ У КУЛЬТУРНЫХ ШТАММОВ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ ОБЫЧНО (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) 4-6;
- б) 6-8;
- в) 8-10;
- г) 10-12;
- д) 12 и более.

5. ПЕНИЦИЛЛИН ПО МЕХАНИЗМУ СВОЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НАИБОЛЕЕ АКТИВЕН В ОТНОШЕНИИ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ (ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- а) спиралевидной формы;
- б) инцистированной формы;
- в) растущей формы;
- г) L-форма;

д) зернистой формы.

6. ЦИСТЫ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) неживыми организмами;
- б) живыми организмами;
- в) дегенеративными организмами;
- г) размножающимися;
- д) движущимися.

7. ДЛЯ ИНФИЛЬТРАТА В ОСНОВАНИИ ТВЕРДОГО ШАНКРА В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6)

- а) меньшая его выраженность;
- б) большая его выраженность;
- в) изменений не наблюдается;
- г) большая площадь;
- д) меньшая площадь.

8. РЕГИОНАРНЫЙ СКЛЕРАДЕНИТ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СИФИЛИСОМ РАЗВИВАЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6)

- а) еще до появления до твердого шанкра;
- б) одновременно с появлением твердого шанкра;
- в) спустя 5-9 дней после появлением твердого шанкра;
- г) спустя 10-12 дней после появлением твердого шанкра;
- д) спустя 14-15 дней после появлением твердого шанкра.

9. ПРИ ВТОРИЧНОМ СИФИЛИСЕ ИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ: (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) пигментные;
- б) пятнистые;
- в) пустулезные;
- г) бугорковые;
- д) гуммозные.

10. ПРИ РЕГРЕССЕ ПАПУЛЕЗНЫХ СИФИЛИДОВ ВОЗНИКАЮЩЕЕ ШЕЛУШЕНИЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1)

- а) от периферии к центру;
- б) от центра к периферии;
- в) по всей поверхности папулы;
- г) по правой половине папулы;
- д) по левой половине папулы.

5.2. Основные понятия и положения темы.

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 - А 50, А51, А52, А53.

Сифилис – инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (*Treponema pallidum*), передаваемое преимущественно половым путем, характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов и опорно-

двигательного аппарата. Заболевание может протекать как в манифестной, так и скрытой формах. В «классическом» течении сифилиса различают четыре периода, последовательно сменяющих друг друга: инкубационный, первичный, вторичный и третичный.

Сифилитическая инфекция включена в перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих. В силу особенностей течения и многообразия клинических проявлений сифилис является актуальной проблемой современного здравоохранения, несмотря на существенные достижения в борьбе с этим заболеванием.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель сифилиса относится к порядку Spirochaetales, семейству Spirochaetaeaceae, роду *Treponema*, виду *Treponema pallidum*, подвиду *pallidum* (син. *Spirochaeta pallidum*). Бледная трепонема легко разрушается под воздействием внешних агентов: высыхание, прогревание при 55° С в течение 15 мин., воздействие 50–56% раствора этилового спирта. В то же время низкие температуры способствуют выживанию бледной трепонемы. Бледная трепонема представляет собой микроорганизм спиралевидной формы; число оборотов спирали от 8 до 12, ее завитки равномерны, имеют идентичное строение. Совершает характерные виды движения: вращательные, поступательные, волнообразные и сгибательные. Размножается преимущественно путем поперечного деления на два или несколько сегментов, каждый из которых вырастает затем во взрослую особь. Деление трепонем происходит каждые 30–33 часа, рост занимает в среднем 1–1,5 часа. Бледные трепонемы склонны к эндцитобиозу; в процессе фагоцитоза заключаются в полимембранную фагосому и длительно сохраняются, защищенные от воздействия антител и антибиотиков. Это неустойчивое равновесие может сохраняться длительно, формируя скрытое течение сифилитической инфекции. При снижении активности иммунных резервов организма больного зернистая, цисты, споры, L-форма бледных трепонем реверсируют в обычную спиралевидную, инициирующую превращение латентной формы сифилиса в активную или даже злокачественную. Бледная трепонема – антиген; в крови больного обнаруживаются антитела: протеиновые, комплементсвязывающие, полисахаридные реагены, иммобилизины, агглютинины и др.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

По данным официальной государственной статистической отчетности, эпидемиологическая ситуация по сифилису характеризуется постепенным снижением заболеваемости в целом по Российской Федерации (в 2009 г. – 53,3; в 2010 г. – 44,9; в 2011 г. – 37,9 случая на 100 000 населения). На фоне снижения общей заболеваемости сифилисом отмечается увеличение числа зарегистрированных случаев нейросифилиса. За последние годы (2000–2010) заболеваемость нейросифилисом возросла в 7,2 раза и имеет тенденцию к росту. Так, в 2000 году было зарегистрировано 120 случаев нейросифилиса и к 2010 году это число уже достигло 862.

КЛАССИФИКАЦИЯ

A50 Врожденный сифилис

A50.0 Ранний врожденный сифилис с симптомами.

Любое врожденное сифилитическое состояние, уточненное как раннее или проявившееся в возрасте до двух лет.

Ранний врожденный сифилис:

- кожи;
- кожи и слизистых оболочек;

- висцеральный.

Ранний врожденный сифилитический (ая):

- ларингит;

- окулопатия;

- остеохондропатия;

- фарингит;

пневмония;

- ринит.

A50.1 Ранний врожденный сифилис скрытый

Врожденный сифилис без клинических проявлений, с положительной серологической реакцией и отрицательным тестом спинномозговой жидкости в возрасте до двух лет.

A50.2 Ранний врожденный сифилис неуточненный

Врожденный сифилис БДУ, проявившийся в возрасте до двух лет.

A50.3 Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз

Поздний врожденный сифилитический интерстициальный кератит (H19.2).

Поздняя врожденная сифилитическая окулопатия (H58.8).

Исключена триада Гетчинсона (A50.5).

A50.4 Поздний врожденный нейросифилис (ювенильный нейросифилис)

- Деменция паралитическая ювенильная.

- Ювенильный (ая):

- прогрессивный паралич;

- спинная сухотка;

- табопаралич.

- Поздний врожденный сифилитический (ая):

- энцефалит (G05.0);

- менингит (G01);

- полиневропатия (G63.0).

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

Исключена: триада Гетчинсона (A50.5).

A50.5 Другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами.

Любое врожденное сифилитическое состояние, уточненное как позднее или проявившееся через два года или более с момента рождения.

- Суставы Клаттона (M03.1).

- Гетчинсона:

- зубы;

- триада.

- Поздний врожденный:

- кардиоваскулярный сифилис (I98);

- сифилитическая:

- артропатия (M03.1);

- остеохондропатия (M90.2).

- Сифилитический седловидный нос.

A50.6 Поздний врожденный сифилис скрытый

Врожденный сифилис без клинических проявлений, с положительной серологической реакцией и отрицательным тестом спинномозговой жидкости в возрасте двух и более лет.

A50.7 Поздний врожденный сифилис неуточненный

Врожденный сифилис БДУ в возрасте двух и более лет.

A50.9 Врожденный сифилис неуточненный

A51 Ранний сифилис

A51.0 Первичный сифилис половых органов Сифилитический шанкр БДУ.

A51.1 Первичный сифилис анальной области

A51.2 Первичный сифилис других локализаций

A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек

■ Широкая кондилома.

■ Сифилитическая (ие):

– алопеция (L99.8);

– лейкодерма (L99.8);

– очаги на слизистых оболочках.

A51.4 Другие формы вторичного сифилиса

■ Вторичные сифилитические –ая; –ое:

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

– иридоциклит (H22.0);

– лимфоаденопатия;

– менингит (G01);

– миозит (M63.0);

– окулопатия НКДР (H58.8);

– периостит (M90.1).

A51.5 Ранний сифилис скрытый

Сифилис (приобретенный) без клинических проявлений с положительной серологической реакцией и отрицательной пробой спинномозговой жидкости, давностью менее двух лет после заражения.

A51.9 Ранний сифилис неуточненный

A52 Поздний сифилис

A52.0 Сифилис сердечно-сосудистой системы Кардиоваскулярный сифилис БДУ (198.0).

■ Сифилитическая (ий):

– аневризма аорты (I79.0);

– аортальная недостаточность (I39.1);

– аортит (I79.1);

– церебральный артериит (I68.1);

– эндокардит БДУ (I39.8);

– миокардит (I41.0);

– перикардит (I32.0);

– легочная недостаточность (I39.3).

A52.1 Нейросифилис с симптомами

■ Артропатия Шарко (M14.6).

■ Поздний сифилитический (ая):

– неврит слухового нерва (H49.0);

– энцефалит (G05.0);

– менингит (G01);

– атрофия зрительного нерва (H48.0);

– полиневропатия (G63.0);

- ретробульбарный неврит (H48.1).
- Сифилитический паркинсонизм (G22).
- Спинная сухотка.
- A52.2 Асимптомный нейросифилис
- A52.3 Нейросифилис неуточненный
- Гумма (сифилитическая).
- Сифилис (поздний) центральной нервной системы БДУ.
- Сифилома.
- A52.7 Другие симптомы позднего сифилиса
- Сифилитическое поражение почечных клубочков (N 08.0).
- Гумма (сифилитическая) любых локализаций, кроме классифицированных в рубриках A52.0–A52.3.
- Сифилис поздний, или третичный.
- Поздний сифилитический (ая):
 - бурсит (M73.1);
 - хориоретинит (H32.0);
 - эписклерит (H19.0);
 - воспалительное заболевание женских тазовых органов (N74.2);
 - лейкодерма (L99.8);
 - окулопатия НКДР (H58.8);
 - перитонит (K67.2).
- Сифилис (без уточнения стадии):
 - кости (M90.2);
 - печени (K77.0);
 - легкого (J99.8);
 - мышц (M63.0);
 - синовиальный (M68.0).
- A52.8 Поздний сифилис скрытый
- Сифилис (приобретенный) без клинических проявлений, с положительной серологической реакцией и отрицательной пробой спинномозговой жидкости, давностью два года или более после заражения.
- A52.9 Поздний сифилис неуточненный
- A53 Другие и неуточненные формы сифилиса
- A53.0 Скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний
- Скрытый сифилис БДУ.
- Положительная серологическая реакция на сифилис.
- A53.9 Сифилис неуточненный
- Инвазия, вызванная *Treponema pallidum*, БДУ. Сифилис (приобретенный) БДУ.
- Исключен: сифилис БДУ, явившийся причиной смерти в возрасте до двух лет (A50.2).

ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

- половой (наиболее частый и типичный путь инфицирования; заражение происходит через поврежденную кожу либо слизистые оболочки);
- трансплацентарный (передача инфекции от больной матери плоду через плаценту, ведущее к развитию врожденного сифилиса);
- трансфузионный (при переливании крови от донора, больного сифилисом в любой стадии);

- контактно-бытовой (является редкостью; встречается преимущественно при бытовом контакте с детьми родителей, имеющих высыпания на коже/ слизистых оболочках);
- профессиональный (заражение персонала лабораторий, работающего с зараженными экспериментальными животными, а также акушеров-гинекологов, хирургов, стоматологов, патологоанатомов, судмедэкспертов при выполнении профессиональных обязанностей).

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

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

На прием обратился больной 25 лет, с жалобами на увеличение миндалины справа.

ИЗ АНАМНЕЗА: считает себя больным около 9-ти дней. Сразу не обратил внимание на то, что увеличилась миндалина, и только когда почувствовал дискомфорт при глотании, пробовал лечиться сам - полоскал горло настоем ромашки и шалфея, эффекта от лечения не было и больной обратился к врачу. Ведет беспорядочную половую жизнь. Сопутствующих заболеваний нет.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре полости рта и миндалин отмечается одностороннее значительное увеличение миндалины справа. Миндалина имеет медно-красный цвет, безболезненная и плотная при пальпации. Подчелюстные лимфатические узлы справа увеличены до размеров фасоли, подвижные, плотно-эластической консистенции, не спаяны с окружающей тканью, безболезненные.

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать процесс у данного больного?
4. Наметьте план лечебных мероприятий.
5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

Задача №2

На прием обратился больной 28 лет с жалобами на отечность, болезненность и невозможность обнажить головку полового члена, выделение желтого цвета из препуциального мешка.

ИЗ АНАМНЕЗА: заболевание началось 3 дня назад с покраснения и отечности кожи полового члена. Самолечением не занимался, на головке члена отмечал язвочку размером с горошину. Женат, имеет ребенка. Работа связана с частными командировками. Сопутствующих заболеваний нет.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре кожа полового члена ярко-розового цвета, отечна, болезненна. Крайняя плоть не заворачивается за головку полового члена. Отверстие

препуциального мешка сужено, из него выделяется жидкий гной. Паховые лимфатические узлы справа увеличены 1,5x2,0 см, безболезненны, плотно-эластической консистенции, подвижные, не спаяны с окружающей тканью.

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.
2. Какие необходимо провести дополнительные исследования для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать процесс у данного больного?
4. Ваша тактика по обследованию и лечению больного?
5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

Задача №3

На прием к врачу-дерматологу из участковой поликлиники направлена больная 25 лет, работник общепита, с жалобами на высыпания красного цвета на коже туловища.

ИЗ АНАМНЕЗА: два дня назад обратилась в участковую поликлинику с жалобами на осиплость голоса. При осмотре врач обнаружил покраснение горла и назначил полоскание раствором фурацилина и таблетки ампицилина внутрь. После первых приемов ампицилина поднялась температура до 380С, беспокоила головная боль и сильная слабость, на коже туловища появилась обильная и яркая сыпь. Больная вновь обратилась к врачу, ей отменили ампицилин, назначили таблетки супрастина по 1x3 в день и рекомендовали обратиться к дерматологу.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже туловища многочисленные розеолезные высыпания, округлых очертаний, с резкими границами, розово-красного цвета, не склонные к слиянию, не шелушатся, при диаскопии не исчезают. При осмотре полости рта - процесс носит двусторонний характер - дужки, миндалины, мягкое небо застойно-красного цвета, отечны, границы поражения четкие. Доступные пальпации лимфоузлы увеличены, безболезненные, плотно-эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать процесс у данной больной?
4. Наметьте план лечебных мероприятий.
5. Рекомендации больной после клинического выздоровления.

Задача №4

На прием к врачу обратился больной, плотник, с жалобами на высыпания в области ладоней, подошв и заднего прохода.

ИЗ АНАМНЕЗА: считает себя больным около недели, когда впервые появились высыпания на ладонях, подошвах и в области заднего прохода. Больной связывает причину заболевания с повышенной потливостью. Самостоятельно не лечился. Не женат, ведет беспорядочную половую жизнь. Злоупотребляет алкоголем.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже ладоней и подошв имеются множественные папулы, не возвышающиеся над общим уровнем кожи, застойно-красного цвета, покрытые скоплениями роговых чешуек. При пальпации определяется выраженная плотность папул. Некоторые из папул сливаются, образуя различной величины бляшки с четкими границами, на поверхности которых имеются плотные роговые массы. Вокруг заднего прохода гипертрофические, эрозированные, мокнущие папулы.

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
4. Наметьте план лечебных мероприятий.
5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

Задача №5

На прием к врачу обратилась больная 20 лет, секретарь-машинистка с жалобами на выпадение волос на голове и бровях, высыпания на коже туловища и в полости рта, осиплость голоса.

ИЗ АНАМНЕЗА: впервые обратила внимание на выпадение волос 10 дней назад. Волосы выпадают очагами. Раньше волосы выпадали, но не сильно и только после покраски. Кроме этого, на коже туловища имеется сыпь, по поводу которой обращалась к терапевту по месту жительства, врач поставил диагноз “токсикодермия неясного генеза”, назначил диазолин по 1х3 в день. Через неделю количество высыпаний не уменьшилось. Появилась осиплость голоса и врач рекомендовал обратиться к дерматологу.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже волосистой части головы в области затылка и висков имеются многочисленные мелкие очаги поредения и выпадения волос, округлых очертаний, без воспалительных явлений и шелушения в них. На коже туловища немногочисленные лентикулярные и нумулярные папулы, имеющие по периферии шелушащийся ободок. При осмотре слизистой полости рта видны папулы - плотные, округлой формы, безболезненные, резко ограниченные от нормальной слизистой оболочки, серовато-белого цвета с узким гиперемизированным венчиком по периферии. Папулы почти не выступают над окружающей слизистой оболочкой.

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. Какие необходимо провести дополнительные исследования для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
4. Ваша тактика и план лечения данной больной.
5. Рекомендации больной после клинического выздоровления.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

Этиология сифилиса.

Патогенез сифилиса.

Классификация сифилиса.

Общее течение сифилиса.

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

1. Классификация сифилиса по МКБ-Х.
2. Этиология сифилиса. Формы существования бледной трепонемы.
3. Иммуногенез сифилиса.
4. Общее течение сифилитической инфекции. Варианты течения сифилитической инфекции.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
2.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
3.	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014.		

Электронные ресурсы

1	ЭБС Консультант студента
2	ЭБС Colibris
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭМБ Консультант врача
5	ЭБС ibooks
6	НЭБ e-Library
7	БД Nature
8	БД SAGE Premier
9	БД Oxford University Press
10	БД Scopus
11	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №31

**ТЕМА: «Клинические проявления заразных форм сифилиса. Скрытый сифилис.
Дифференциальная диагностика»**

Индекс темы ОД.О.01.1.3.31

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №31

Тема: «Клинические проявления заразных форм сифилиса. Скрытый сифилис. Дифференциальная диагностика»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических проявлений сифилиса необходимо врачу дерматовенерологу для диагностики и дальнейшего лечения сифилитической инфекции.

4. Цели обучения:

-общая:

Обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
 - -готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
 - готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
 - учебная: ознакомить обучающихся с клиническими проявлениями заразных форм сифилиса.
-
- знать:
 - особенности клинических проявлений первичного, вторичного, третичного периода сифилиса.
 - ранний и поздний скрытый сифилис.
-
- уметь:
 - собирать анамнез и эпиданамнез у больного сифилисом.
 - проводить пальпацию твёрдого шанкра.

- получать симптом дорсального хряща при сифилисе, симптом облатки, симптом козырька.
- проводить консультирование больных сифилисом.

- владеть:
- навыками проведения обследования больного сифилисом.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ДЛЯ ИНФИЛЬТРАТА В ОСНОВАНИИ ТВЕРДОГО ШАНКРА В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6)

- а) меньшая его выраженность;
- б) большая его выраженность;
- в) изменений не наблюдается;
- г) большая площадь;
- д) меньшая площадь.

2. РЕГИОНАРНЫЙ СКЛЕРАДЕНИТ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СИФИЛИСОМ РАЗВИВАЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6)

- а) еще до появления до твердого шанкра;
- б) одновременно с появлением твердого шанкра;
- в) спустя 5-9 дней после появлением твердого шанкра;
- г) спустя 10-12 дней после появлением твердого шанкра;
- д) спустя 14-15 дней после появлением твердого шанкра.

3. ПРИ ВТОРИЧНОМ СИФИЛИСЕ ИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6)

- а) пигментные;
- б) пятнистые;
- в) пустулезные;
- г) бугорковые;
- д) гуммозные.

4. ПРИ РЕГРЕССЕ ПАПУЛЕЗНЫХ СИФИЛИДОВ ВОЗНИКАЮЩЕЕ ШЕЛУШЕНИЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6)

- а) от периферии к центру;
- б) от центра к периферии;
- в) по всей поверхности папулы;
- г) по правой половине папулы;
- д) по левой половине папулы.

5. НА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧКАХ У БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНЫМ СИФИЛИСОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6)

- а) пятна;
- б) папулы;
- в) язвочки (афты);
- г) бугорки;
- д) гуммы.

6. ДЛЯ СКРЫТОГО РАННЕГО СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК-1, ПК-3, ПК-6, ПК-9):

- а) наличие резидуальных явлений после разрешения сифилидов;
- б) отсутствие резидуальных явлений после разрешения сифилидов;
- в) наличие или отсутствие резидуальных явлений после разрешения сифилидов;
- г) чувство зуда после регресса сифилидов;
- д) чувство жжения после регресса сифилидов.

7. РАЗНОВИДНОСТИ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ОБЛЫСЕНИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) мелкоочаговое, диффузное, смешанное
- б) мелкоочаговое, язвенно-некротическое, трихофитоидное
- в) смешанное, язвенно-некротическое
- г) только диффузное
- д) трихофитоидное, язвенно-некротическое

8. ТВЕРДЫЙ ШАНКР ПРЕДСТАВЛЕН (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) чешуйкой
- б) пятном
- в) бугорком
- г) язвой
- д) лихенификацией

9. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ТВЕРДОГО ШАНКРА (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) генитальные
- б) эзофагальные
- в) подмышечные
- г) ягодичные
- д) слизистые

10. К АТИПИЧНЫМ ТВЕРДЫМ ШАНКРАМ ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) индуративный отек
- б) широкие кондиломы
- в) эктима
- г) фликтена
- д) баланит

5.2. Основные понятия и положения темы.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Инкубационный период начинается с внедрения через поврежденную кожу или слизистую оболочку возбудителя сифилиса и заканчивается появлением первичного аффекта. В среднем продолжительность инкубационного периода составляет от 2 недель до 2 месяцев, этот период может сократиться до 8 дней или, наоборот, удлиниться до 190 дней. Сокращение инкубационного периода наблюдается при реинфекции, при внедрении возбудителя сифилиса в организм из нескольких входных ворот, что ускоряет генерализацию инфекции и развитие иммунных изменений в организме. Удлинение инкубационного периода наблюдается в результате применения небольших доз трепонемоцидных антибиотиков по поводу интеркуррентных заболеваний.

Первичный сифилис (A51.0-A51.2). При сборе анамнеза выясняют давность появления эрозии/язвы на коже/слизистых оболочках; наличие субъективных ощущений в области эрозии/язвы; применял ли антибактериальные и антисептические средства (эффект); время, прошедшее с момента полового контакта с предполагаемым источником заражения до появления шанкра; обследован ли половой партнер дерматовенерологом и поставлен ли диагноз сифилис с указанием стадии заболевания. В месте внедрения бледных трепонем развивается первичный аффект – эрозия или язва диаметром от 2–3 мм (карликовый шанкр) до 1,5–2 см и более (гигантский шанкр), округлых очертаний, с ровными краями, гладким, блестящим дном розового или красного, иногда серовато-желтого цвета, блюдцеобразной формы (язва), со скудным серозным отделяемым, безболезненная при пальпации; в основании первичной сифиломы – плотноэластический инфильтрат. Первичный аффект сопровождается регионарным лимфаденитом, реже лимфангитом; может быть типичным (эрозивный, язвенный) и атипичным (индуративный отек, шанкр-панариций и шанкр-амигдалит); единичным и множественным; генитальным, парагенитальным и экстрагенитальным; при присоединении вторичной инфекции – осложненным (импетигнизация, баланопостит, вульвовагинит, фимоз, парафимоз, гангренизация, фagedенизм).

Вторичный сифилис (A51.3). При сборе анамнеза выясняют давность появления высыпаний на коже/слизистых оболочках, выпадения волос; наличие субъективных ощущений в области высыпаний; первый ли это случай высыпаний, сколько их было; был ли ранее поставлен диагноз сифилис, когда, лечился ли; было ли ранее поражение кожи/слизистых оболочек половых органов; обследован ли половой партнер венерологом и поставлен ли диагноз сифилис с указанием стадии заболевания; время, прошедшее с момента полового контакта с предполагаемым источником заражения, до появления высыпаний на коже и/или слизистых оболочках; имеются ли в семье несовершеннолетние дети. Обусловлен гематогенной диссеминацией инфекции на фоне развития инфекционного иммунитета и проявляется: полиаденитом, высыпаниями на коже – розеолезный (пятнистый), папулезный (узелковый), папуло-пустулезный (гнойничковый) и редко везикулезный сифилиды – и/или слизистых оболочках (ограниченные и сливные розеолезные и папулезные сифилиды); лейкодермой, алопецией; возможны остаточные явления первичного сифилиса, поражения внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и нервной системы (A51.4).

Третичный сифилис (A52.7). При сборе анамнеза выясняют давность появления специфических высыпаний на коже/слизистых оболочках; наличие/отсутствие субъективных ощущений в области высыпаний; эффект местной или системной терапии в

случае применения; первый ли это случай высыпаний, сколько их было, когда; был ли ранее поставлен диагноз сифилис, когда, лечился ли; когда в последний раз проходил обследование на сифилис (нетрепонемные и трепонемные тесты); обследован ли половой партнер дерматовенерологом, результаты обследования. Третичный сифилис развивается непосредственно за сифилисом вторичным, но в большинстве случаев между вторичным и третичным периодами наблюдается скрытый период. Возможно развитие симптомов третичного сифилиса спустя многие годы после заражения при бессимптомном течении инфекции. Проявляется высыпаниями на коже/слизистых оболочках (бугорковый и гуммозный сифилиды, третичная розеола Фурнье), поражениями внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и нервной системы (A52.0-A52.7).

Скрытый сифилис. Различают ранний (A51.5) (до 2 лет с момента инфицирования), поздний (A52.8) (свыше 2 лет) и неуточненный, как ранний или поздний (A53.0) скрытый сифилис. Характеризуется отсутствием клинических проявлений сифилиса. Больных ранним скрытым сифилисом в эпидемическом отношении следует считать опасными, так как у них могут возникнуть заразные проявления раннего сифилиса. Диагноз устанавливается на основании результатов исследования сыворотки крови с помощью серологических методов (нетрепонемные и трепонемные тесты) и анамнестических данных. При сборе анамнеза выясняют, был ли ранее поставлен диагноз сифилис, когда, лечился ли; было ли ранее поражение кожи/слизистых оболочек половых органов; обследован ли половой партнер дерматовенерологом и поставлен ли диагноз сифилис с указанием стадии заболевания; время, прошедшее с момента полового контакта с предполагаемым источником заражения. В некоторых случаях диагностики сифилиса помогают данные объективного осмотра (рубец на месте бывшей первичной сифиломы, увеличение лимфатических узлов), а также появление температурной реакции обострения (реакция Яриша – Герксгеймера) после начала специфического лечения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику проводят:

- первичный сифилис: с эрозивным баланопоститом, генитальным герпесом, гонорейными и трихомонадными язвами половых органов, шанкриформной пиодермией, раком кожи, мягким шанкром, венерическим лимфогранулематозом, донованозом, острой язвой вульвы Чаплина–Липшютца, молниеносной гангреной половых органов, тромбозом вен и флеболимфангитами половых органов;
- вторичный сифилис: *пятнистые сифилиды* – с острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов насекомых; *папулезные сифилиды* – с каплевидным параспориозом, красным плоским лишаем и псориазом; при локализации папул на ладонях и подошвах – с псориазом, экземой, микозами стоп; эрозивные папулы гениталий – с банальными фолликулитами, контактным дерматитом; *широкие кондиломы* – с остроконечными кондиломами, вегетирующей пузырчаткой, геморроидальными узлами; *папуло-пустулезные сифилиды: угревидный* – с вульгарными (юношескими) угрями, папулонекротическим туберкулезом кожи, узелковым аллергическим васкулитом, йодистыми или бромистыми угрями, масляными профессиональными фолликулитами; *оспенновидный* – с ветряной оспой; *импетигоподобный* – с вульгарным импетиго; *сифилитическую эктиму* – с эктимой вульгарной; *сифилитические рупии* – с рупиоидным псориазом; *везикулезный сифилид* – с герпетическими высыпаниями; *поражение слизистых оболочек* с лакунарной ангиной,

дифтерией зева, ангиной Плаута-Венсана, красным плоским лишаем, лейкоплакией, красной волчанкой, кандидозом, многоформной экссудативной эритемой, буллезным пемфигоидом, герпесом, истинной пузырчаткой, афтозным стоматитом, эксфолиативным глосситом; *сифилитическую лейкодерму* – с отрубевидным лишаем, лейкодермой после разрешения других дерматозов (псориаз, параспсориаз и т. д.), витилиго; *сифилитическую алопецию* – с диффузной алопецией неспецифической этиологии, крупноочаговой алопецией, себорейным облысением, рубцующей алопецией (псевдопелада Брока), трихомикозами, дискоидной и диссеминированной красной волчанкой, иногда с красным плоским лишаем;

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

■ *положительные результаты серологического обследования при скрытых формах сифилиса* – с ложноположительными серологическими реакциями на сифилис;

КОНСУЛЬТАЦИИ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ рекомендованы в следующих случаях:

■ офтальмолога, невролога, оториноларинголога – у детей с подозрением на врожденный сифилис;

■ офтальмолога и невролога – взрослым больным сифилисом;

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

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

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

1. Какова должна быть тактика врача-отоларинголога?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Перечислите пути заражения данным заболеванием.

Задача №2

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

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

Задача №3

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

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

Задача №4

У больной, обратившейся к гинекологу, правая большая половая губа увеличена в размерах, при надавливании следа от вдавления пальцем не осталось, цвет кожи синюшный. Лимфоузлы паховые с обеих сторон размером 2.0*1.5 см., подвижные, безболезненные. На коже туловища обильная розеолезная сыпь. В анамнезе беспорядочная половая жизнь.

1. Тактика врача-гинеколога.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Тактика ведения больной.
4. Проведите дифференциальную диагностику высыпаний.
5. Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения заболевания.

Задача №5

К врачу дерматовенерологу обратился больной 40 лет с высыпаниями на коже туловища. В течение года имеет регулярные половые связи с одной женщиной. При осмотре на коже туловища крупная розеолезная сыпь, мелкоочаговое облысение на волосистой части головы, поредение бровей, вокруг ануса – сгруппированные эрозированные папулы. При осмотре половой партнерши высыпаний на коже и слизистых у неё не обнаружено, периферические лимфатические узлы не увеличены.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика ведения больного.
3. Тактика в отношении половой партнёрши.
4. Возможный диагноз половой партнерши.

5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику облысения у больного?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Клинические проявления первичного сифилиса.
2. Клинические проявления вторичного сифилиса.
3. Особенности проявлений третичного сифилиса на современном этапе.
4. Скрытый сифилис.

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

1. Клиника первичного периода сифилиса. Дифференциальная диагностика первичных сифилидов.
2. Клиника вторичного периода сифилиса. Дифференциальная диагностика вторичных сифилидов.
3. Клиника третичного периода сифилиса. Дифференциальная диагностика третичных сифилидов.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
2	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
3	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017		
4	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063B	В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей	Красноярск : КрасГМУ, 2015		

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
5	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/I_SBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
6	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804B .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №32

ТЕМА: «Врожденный сифилис. Клиника. Диагностика. Лечение»

Индекс темы ОД.О.01.1.3.32

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №32

Тема: «Врожденный сифилис. Клиника. Диагностика. Лечение»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

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

4. Цели обучения:

-общая:

Обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
 - -готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
 - готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
 - учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению врожденного сифилиса
- знать:
 - особенности клинических проявлений раннего и позднего врожденного сифилиса.
- уметь:
 - собирать анамнез и эпиданамнез у матери и отца больного сифилисом ребёнка.
 - проводить работу в эпидочаге.
 - проводить консультирование больных сифилисом.
- владеть:

- навыками проведения обследования больного сифилисом ребёнка.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. СТРОГО ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ЗУБОВ ГЕТЧИНСОНА ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) уменьшенные размеры
- 2) полулунная выемка на режущем крае
- 3) сужение режущего края не менее, чем на 2 мм относительно шейки зуба
- 4) бочкообразная форма
- 5) наличие диастемы

2. РУБЦЫ РОБИНСОНА-ФУРНЬЕ РАСПОЛОЖЕНЫ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) на коже спины
- 2) на в/ч головы
- 3) на задней стенке глотки
- 4) вокруг рта
- 5) в локтевых сгибах

3. ПРИЗНАКИ РАННЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА (УК-1, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

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

4. ДЛЯ СИФИЛИСА ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПАТОГНОМОНИЧНО (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

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

5. В «ТРИАДУ ГЕТЧИНСОНА» ПРИ ПОЗДНЕМ ВРОЖДЕННОМ СИФИЛИСЕ ВХОДЯТ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) гумма твердого неба
- 2) паренхиматозный кератит
- 3) саблевидные голени
- 4) «кисетообразные» зубы (моляры)
- 5) ягодицеобразный череп

6. ДОСТОВЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

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

7. ПРОЯВЛЕНИЯ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ В ВОЗРАСТЕ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6)

- 1) от 2 до 4 лет
- 2) от 4 до 17 лет
- 3) от 17 до 25 лет
- 4) от 25 до 35 лет
- 5) от 35 лет и старше

8. ИНФИЦИРОВАНИЕ ПЛОДА У БОЛЬНОЙ СИФИЛИСОМ БЕРЕМЕННОЙ ПРОИСХОДИТ (УК-1, ПК-5, ПК-6)

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

9. ТИПИЧНОЙ ФОРМОЙ СУЩЕСТВОВАНИЯ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) спиралевидная
- 2) тетракокковая
- 3) шаровидная
- 4) треугольная
- 5) бобовидная

10. МАНИФЕСТНЫЕ ФОРМЫ ПРИОБРЕТЕННОГО СИФИЛИСА РЕГИСТРИРУЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВОЗРАСТЕ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) 18-20-лет
- 2) 21-30 лет
- 3) 31-40 лет
- 4) 41-50 лет
- 5) 51-60 лет

5.2. Основные понятия и положения темы.

Врожденный сифилис (A50). Развивается вследствие инфицирования плода во время беременности. Источником заражения плода является только больная сифилисом мать. Различают ранний (первые 2 года жизни) и поздний (проявляется в более позднем

возрасте) врожденный сифилис, протекающий как с клиническими проявлениями (манифестный) (A50.0; A50.3-A50.5), так и без них (скрытый) (A50.1; A50.6).

Ранний врожденный сифилис с симптомами (A50.0). Сбор анамнеза проводится у матери или законного представителя ребенка; выясняются срок установления и адекватность лечения сифилиса у матери, срок гестации, на котором произошли роды, масса и длина тела новорожденного (при массе тела менее 2500 г и длине тела менее 45 см доношенный ребенок считается незрелым).

Характеризуется 3 группами симптомов:

1) патогномичные для врожденного и не встречающиеся при приобретенном сифилисе (сифилитическая пузырчатка, диффузная инфильтрация кожи Гохзингера, специфический ринит (сухая, катаральная и язвенная стадии) и остеохондрит длинных трубчатых костей Вегнера (I, II и III степени, выявляется при рентгенологическом исследовании);

2) типичные проявления сифилиса, встречающиеся не только при раннем врожденном, но и при приобретенном сифилисе (папулезная сыпь на конечностях, ягодицах, лице, иногда по всему телу; в местах мацерации – эрозивные папулы и широкие кондиломы; розеолезная сыпь (встречается редко), раucedо, алопеция, поражения костей в виде периостита, остеопороза и остеосклероза, костных гумм; поражения внутренних органов в виде специфических гепатита, гломерулонефрита, миокардита, эндо- и перикардита и др., поражения центральной нервной системы в виде специфического менингита, гидроцефалии и т. д.)

3) общие и локальные симптомы, встречающиеся и при других внутриутробных инфекциях: «старческий вид» новорожденного (кожа морщинистая, дряблая, грязно-желтого цвета); новорожденный малой длины и массы тела с явлениями гипотрофии, вплоть до кахексии; гипохромная анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ, тромбоцитопения; гепатоспленомегалия; хориоретинит (IV типа); онихии и паронихии. Плацента при сифилитической инфекции увеличена, гипертрофирована; ее масса составляет 1/4–1/3 (в норме 1/6–1/5) массы плода.

Поздний врожденный сифилис с симптомами (A50.3; A50.4). Сбор анамнеза и жалоб проводится у матери или законного представителя ребенка; выясняются сроки диагностики и качество лечения сифилиса у матери, давность появления специфических высыпаний на коже/слизистых оболочках; наличие/отсутствие субъективных ощущений в области высыпаний; эффект местной или системной терапии в случае применения, давность появления других признаков позднего врожденного сифилиса, первый ли это случай высыпаний, сколько их было, когда; был ли ранее поставлен диагноз сифилис, когда, лечился ли; когда в последний раз проходил обследование (нетрепонемные и трепонемные тесты), консультирован ли другими специалистами.

Характеризуется:

1. достоверными признаками (триада Гетчинсона: паренхиматозный кератит, лабиринтная глухота, Гетчинсоновы зубы),

2. вероятными признаками (саблевидные голени, хориоретиниты, деформации носа, лучистые рубцы вокруг рта, ягодицеобразный череп, деформации зубов, сифилитические гониты, поражение нервной системы в виде гемипарезов и гемиплегий, расстройств речи, слабоумия, церебрального детского паралича и джексоновской эпилепсии),

3. дистрофиями (утолщение грудинного конца правой ключицы, дистрофии костей черепа в виде олимпийского лба, высокое «готическое» или «стрельчатое» небо, отсутствие

мечевидного отростка грудины, инфантильный мизинец, широко расставленные верхние резцы, бугорок на жевательной поверхности первого моляра верхней челюсти).

Кроме того, характерны специфические поражения на коже и слизистых оболочках в виде бугорковых и гуммозных сифилидов кожи, слизистых оболочек, поражения органов и систем, особенно костной (периостит, остео периостит, гуммозный остеомиелит, остеосклероз), печени и селезенки, сердечно-сосудистой, нервной и эндокринной.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

Больная 30 лет обратилась на приём к отоларингологу с жалобами на охриплость голоса. Поставлен диагноз хронического тонзиллита, назначен тетрациклин. На третий день приёма тетрациклина у больной на туловище появилась розеолезная сыпь, которая не сливается, исчезает при надавливании. Цвет розеол розово-красный. Субъективные расстройства отсутствуют. Отоларингологом поставлен диагноз медикаментозной токсикодермии, отменен тетрациклин, назначена гипосенсибилизирующая терапия. Через 5 дней больная была вызвана в кожно-венерологический диспансер как предполагаемый источник заражения больного сифилисом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику розеолезной сыпи у больной.
3. Какие атипичные варианты розеолезной сыпи Вы знаете?
4. Какая стадия заболевания возможна у полового партнера?
5. Индивидуальная профилактика заболевания.

Задача №2

К врачу дерматовенерологу обратился больной 40 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. Женат. Имеет двух детей в возрасте 3-х и 10 лет.

1. Какой следует поставить диагноз?
2. Какие клинические проявления характерны для данного заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Какие варианты папулезной сыпи Вы знаете?
5. Тактика врача в отношении жены и детей больного.

Задача №3

К отоларингологу обратилась больная с жалобами на неловкость при глотании. При осмотре правая миндалина резко увеличена в объёме, синюшно-красного цвета, плотная, безболезненная при пальпации. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции, безболезненные при пальпации.

1. Возможный диагноз.
2. Тактика отоларинголога.
3. Этиология и патогенез заболевания.

4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Основные группы антибиотиков в лечении данного заболевания?

Задача №4

У больного «А» на коже мошонки и вокруг ануса единичные папулы синюшного цвета величиной с мелкую горошину, поверхность папул эрозирована. В углах рта мокнущие папулы. Волосы на волосистой части головы диффузно поредели. МРП (4+).

У его половой партнерши «С» на коже туловища обильная мелкая розеолезная сыпь. На задней спайке больших половых губ – эрозия овальной формы мясо-красного цвета. Полиаденит, особенно выражены паховые лимфоузлы. Они подвижны, безболезненны. Половая связь с «А» в течение трех месяцев.

1. Поставьте диагноз больному и его половой партнерше.
2. Кто из них является источником заражения?
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику папулезной и пятнистой сыпи.
5. Индивидуальная профилактика заболевания

Задача №5

К дерматовенерологу обратилась больная с жалобами на высыпания на половых губах.

При осмотре на гребнях больших половых губ плотные папулы синюшно-красного цвета, часть из них мацерирована. Вокруг ануса гипертрофические папулы с вегетациями на поверхности. На коже живота единичные лентиккулярные папулы синюшно-красного цвета. Полиаденит.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите исходы полового контакта с больным данным заболеванием.
3. Какие разновидности папулезных высыпаний при данном заболевании Вы знаете?
4. Проведите дифференциальную диагностику высыпаний в области ануса.
5. Перечислите пути заражения данным заболеванием.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

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

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

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

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	<u>Дерматовенерология</u> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/I/SBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
3	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017		
4	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063B	В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей	Красноярск : КрасГМУ, 2015		
5	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804B .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск :

	КрасГМУ, 2011. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №33

**ТЕМА: «Поражения нервной системы, внутренних органов
и опорно-двигательного аппарата
при ранних и поздних формах сифилиса»
Индекс темы ОД.О.01.1.3.33**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №33

Тема: «Поражения нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата при ранних и поздних формах сифилиса»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Врачу дерматовенерологу необходимо знать тяжелые последствия сифилиса, поражения внутренних органов и нервной системы, наличие врачебных ошибок в диагностике сифилиса.

4. Цели обучения:

-общая:

Обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
 - - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
 - готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: ознакомить обучающихся с проявлениями поражений нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата у больных сифилисом.
- знать:
 - особенности клинических проявлений поражения внутренних органов при сифилисе.
 - особенности клинических проявлений поражения нервной системы при сифилисе.
- уметь:
- собирать анамнез и эпиданамнез у больного сифилисом.
 - проводить работу в эпидочаге.
 - проводить консультирование больных сифилисом.

- владеть:
- навыками проведения обследования больного сифилисом.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ПРИ РАННИХ СТАДИЯХ СИФИЛИСА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПОРАЖЕНИЯ (УК-1,ПК-1,ПК-5,ПК-6)

- 1) мезенхимы
- 2) паренхимы
- 3) глии
- 4) серого вещества головного мозга
- 5) белого вещества головного мозга

2. В ОСНОВЕ ПРОГРЕССИВНОГО ПАРАЛИЧА ПОРАЖЕНИЕ(УК-1,ПК-1,ПК-5,ПК-6)

- 1) оболочек головного мозга
- 2) вещества головного мозга
- 3) сосудов головного мозга
- 4) сосудов спинного мозга
- 5) корешков спинного мозга

3. ДЛЯ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ХАРАКТЕРНО(УК-1,ПК-6)

- 1) его удлинение
- 2) его укорочение
- 3) изменений не отмечается
- 4) нет правильного ответа
- 4) нет данных в литературе

4. РЕНТГЕНОГРАФИЮ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ РЕБЕНКА ДО 3 МЕС ЖИЗНИ(УК-1,ПК-1,ПК-2,ПК-5,ПК-6,ПК-9)

- 1) не следует делать
- 2) следует выполнять
- 3) на усмотрение врача
- 4) на усмотрение родителей
- 5) на усмотрение заведующего отделением

5. К ПОРАЖЕНИЯМ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ РАННЕМ СИФИЛИСЕ ОТНОСИТСЯ (УК-1 ,ПК-6)

- 1) остеохондрит, периостит
- 2) периостит

- 3) экзостозы
- 4) остит
- 5) артрит

6. ПРИ ПРОГРЕССИВНОМ ПАРАЛИЧЕ(УК-1,ПК-1,ПК-5,ПК-6)

- 1) изменения в цереброспинальной жидкости отсутствуют
- 2) серологические реакции в СМЖ отрицательные
- 3) изменения связаны со стадией патологического процесса
- 4) нет плеоцитоза в СМЖ
- 5) изменения в цереброспинальной жидкости коррелируют с КСР крови

7. СПИННОМОЗГОВАЯ ПУНКЦИЯ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СМЖ ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ(УК-1,ПК-1, ПК-6)

- 1) по желанию врача
- 2) по желанию пациента
- 3) при типичном течении первичного сифилиса
- 4) при типичном течении вторичного сифилиса
- 5) при клинической неврологической патологии у больного сифилисом

5.2. Основные понятия и положения темы.

Нейросифилис. Различают асимптомный и манифестный нейросифилис.

По срокам от момента заражения нейросифилис условно разделяют на ранний (до 5 лет с момента заражения) и поздний (свыше 5 лет). Такое деление полностью не определяет всех сторон поражения нервной системы, так как клинические проявления нейросифилиса представляют собой единую динамическую систему с комбинацией симптомов ранних и поздних форм.

Асимптомный нейросифилис (A51.4; A52.2) характеризуется отсутствием клинических проявлений. Диагноз основывается на патологических данных исследования спинномозговой жидкости.

Нейросифилис с симптомами. При сборе анамнеза выясняют давность появления неврологической или психической симптоматики, был ли ранее поставлен диагноз сифилис, когда, лечился ли; когда в последний раз проходил обследование на сифилис (НТТ и ТТ). Проявляется любыми неврологическими или психическими нарушениями, которые имеют острое или подострое развитие и прогрессируют в течение нескольких месяцев или лет.

Чаще всего из *ранних форм нейросифилиса (A51.4)* встречается менинговаскулярный сифилис, в клинической картине которого преобладают симптомы поражения оболочек и сосудов мозга: сифилитический менингит (острый конвекситальный, острый базальный, острая сифилитическая гидроцефалия), сифилитический увеит (хориоретинит, ирит), васкулярный нейросифилис (ишемический, реже геморрагический инсульт), спинальный менинговаскулярный сифилис (сифилитический менингомиелит). К *поздним формам нейросифилиса* относят прогрессирующий паралич, спинную сухотку, табопаралич, атрофию зрительных нервов (A52.1) и гуммозный нейросифилис (A52.3), в клинической картине которых преобладают симптомы поражения паренхимы мозга.

Сифилис внутренних органов и опорно-двигательного аппарата. По срокам от момента заражения условно разделяют на ранние (до 2 лет с момента заражения) и поздние (свыше 2 лет) формы. При сборе анамнеза выясняют давность появления патологии со стороны внутренних органов и опорно-двигательного аппарата, был ли ранее поставлен диагноз сифилис, когда, лечился ли; когда в последний раз проходил обследование на сифилис (НТТ и ТТ). При *ранних формах* (A51.4) чаще всего развиваются только функциональные расстройства пораженных органов. В патологический процесс преимущественно вовлекается сердце (ранний кардиоваскулярный сифилис), печень (безжелтушные или желтушные формы гепатита), желудок (преходящая гастропатия, острый гастрит, образование специфических язв и эрозий), почки (бессимптомная дисфункция почек, доброкачественная протеинурия, сифилитический липоидный нефроз, сифилитический гломерулонефрит). Наиболее ранний симптом поражения опорно-двигательного аппарата – ночные боли в длинных трубчатых костях конечностей. Никакими объективными изменениями костей это не сопровождается. Могут наблюдаться специфические синовиты и остеоартриты. При *поздних формах* (A52.0; A52.7) наблюдаются деструктивные изменения внутренних органов. Чаще всего регистрируются специфические поражения сердечно-сосудистой системы (мезаортит, недостаточность аортальных клапанов, аневризма аорты, миокардит, гуммозные эндо- и перикардиты), реже – поздние гепатиты (ограниченный (очаговый) гуммозный, милиарный гуммозный, хронический интерстициальный и хронический эпителиальный), еще реже – другие поздние висцеральные сифилитические поражения (A52.7). К поздним проявлениям патологии опорно-двигательного аппарата относятся табетическая артропатия и гуммозные поражения костей и суставов (A52.7).

Дифференциальная диагностика:

- *нейросифилис* – с менингитами любой этиологии, нейросенсорной тугоухостью различного происхождения, гипертоническим кризом, миелитом иной этиологии, опухолью спинного мозга, тромбозами сосудов спинного мозга, спинальной формой рассеянного склероза; *психические нарушения при прогрессирующем параличе* – с неврастенией, маниакально-депрессивным психозом, шизофренией, атеросклерозом, старческим психозом, опухолью мозга (особенно лобных долей);
- *неврологические расстройства при спинной сухотке* – с травмой головного и спинного мозга, острыми инфекционными заболеваниями с поражением нервной системы (брюшной тиф, грипп), длительной хронической интоксикацией (мышьяк, алкоголь); первичную *табетическую атрофию зрительных нервов* – с атрофиями зрительных нервов другой этиологии, чаще туберкулезной; *гуммы* – новообразованиями головного и спинного мозга.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

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

В анамнезе случайная половая связь четыре недели назад.

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

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

Задача №2

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

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

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

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

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

Задача №3

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

1. Поставьте диагноз больной.
2. Как проктолог должен был поступить?

3. Какие исследования необходимо провести больной?
4. Проведите дифференциальную диагностику розеолезной сыпи у больной.
5. Профилактика заболевания.

Задача №4

К отоларингологу обратилась больная 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.
5. Методы лабораторной диагностики данного заболевания

Задача №5

У больной на коже туловища единичные крупные розеолы, на ладонях сгруппированные папулы, эрозивные папулы на языке и мягком небе, поредение бровей и ресниц. МРП (4+) в титре 1:80. Венеролог диагностировал сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек. У источника заражения установлен ранний скрытый сифилис. Больная находится в тесном бытовом контакте с двумя детьми. Возраст детей 1,5 года и 12 лет.

1. Возможно ли заражение детей от больной сифилисом матери бытовым путем?
2. Ваша тактика в отношении данных бытовых контактов.
3. Проведите дифференциальную диагностику розеолезного сифилида у больной.
4. Перечислите пути заражения данным заболеванием.
5. Перечислите исходы полового контакта с больным сифилисом.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Клинические проявления раннего нейросифилиса.
2. Клинические проявления позднего нейросифилиса.
3. Клинические проявления ранних форм поражения внутренних органов.
4. Клинические проявления поздних форм поражения внутренних органов.
5. Дифференциальная диагностика нейросифилиса.

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

1. Клинические проявления раннего нейросифилиса.
2. Клинические проявления позднего нейросифилиса.
3. Клинические проявления ранних форм поражения внутренних органов.
4. Клинические проявления поздних форм поражения внутренних органов.
5. Дифференциальная диагностика нейросифилиса.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/I_SBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8.	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017		
9.	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063B	В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей	Красноярск : КрасГМУ, 2015		
10.	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804B .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №34

**ТЕМА: «Диагностика сифилиса»
Индекс темы ОД.О.01.1.3.34**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №34

Тема: «Диагностика сифилиса»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Врачам дерматовенерологам необходимо знать диагностику сифилиса для проведения адекватного лечения.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - -готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
 - готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
 - учебная: изучить основные методы диагностики сифилиса.
-
- знать:
 - серологические методы диагностики сифилиса: трепонемные и нетрепонемные тесты.
 - ложно-положительные серологические реакции на сифилис.
 - лабораторные тесты для подтверждения или исключения нейросифилиса.
 - диагностику врожденного сифилиса.
-
- уметь:
 - интерпретировать серологические реакции больных сифилисом.
 - интерпретировать ложно-положительные серологические реакции на сифилис.
 - интерпретировать молекулярно-биологические методы исследования на сифилис.
-
- владеть:
 - методами диагностики сифилитической инфекции.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ПЕНИЦИЛЛИН ПО МЕХАНИЗМУ СВОЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НАИБОЛЕЕ АКТИВЕН В ОТНОШЕНИИ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) спиралевидной формы;
- б) инцистированной формы;
- в) растущей формы;
- г) L-форма;
- д) зернистой формы.

2. СТАНДАРТНЫЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СИФИЛИСОМ СТАНОВЯТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ТВЕРДОГО ШАНКРА В СРЕДНЕМ ЧЕРЕЗ (УК-1, ПК-6)

- а) 5-7 дней;
- б) 2-3 нед.;
- в) 5-6 нед.;
- г) 7-8 нед.;
- д) 9-10 нед.

3. ПРОБНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ ДОПУСТИМО ПРИ ПОДОЗРЕНИИ: (УК-1, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- а) на первичный сифилис;
- б) на вторичный сифилис;
- в) когда нет возможности подтвердить или опровергнуть диагноз сифилис;
- г) на скрытый ранний сифилис;
- д) на скрытый поздний сифилис.

4. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ТЕСТАМИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА ЯВЛЯЮТСЯ: (УК-1, ПК-6)

- а) реакция иммунофлюоресценции РИФ-200;
- б) реакция иммунофлюоресценции РИФ-абс;
- в) реакция Колмера;
- г) реакция Вассермана;
- д) реакция иммобилизации трепонем РИБТ.

5. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ СЕРОЛОГИЧЕСКИМ ТЕСТОМ НА СИФИЛИС ЯВЛЯЕТСЯ: (УК-1, ПК-6)

- а) реакция иммунофлюоресценции;
- б) реакция Кана;
- в) реакция Вассермана с трепонемным антигеном;
- г) реакция Колмера;
- д) цитохолевая реакция

6. ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ ПРИМЕНЯЮТ (УК-1, ПК-6)

- а) исследование нативных препаратов в темном поле
- б) окраска по Романовскому – Гимзе
- в) окраска по Граму
- г) культивирование на питательных средах
- д) окраска метилиновым синим

7. У БОЛЬНОГО ВТОРИЧНЫМ СИФИЛИСОМ СПУСТЯ 6 МЕС. ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РЕТАРПЕНОМ СОХРАНЯЕТСЯ РЕЗКО ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ КСР. НЕОБХОДИМО: (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- а) назначить дополнительно реторпен;
- б) продолжить клинико-серологический контроль;
- в) назначить не специфическое лечение;
- г) назначить дополнительно бензилпенициллин;
- д) назначить дополнительно тетрациклин.

8. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ СЕРОЛОГИЧЕСКИМ ТЕСТОМ НА СИФИЛИС ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-6)

- 1) РИФ-200
- 2) РИФ-абс
- 3) ИФА
- 4) РМП
- 5) реакция иммуноблота

9. РЕАКЦИЯ ИММУНОБЛОТА ПРОВОДИТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) для подтверждения диагноза первичного сифилиса
- 2) для подтверждения диагноза вторичного сифилиса
- 3) для контроля за лечением
- 4) для подтверждения диагноза скрытого сифилиса
- 5) для решения вопроса о снятии с диспансерного наблюдения

10. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ТЕСТАМИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) реакция иммунофлюоресценции РИФ-200; РИФ-абс
- 2) РПГА
- 3) ИФА
- 4) реакция иммунофлюоресценции РИФ-200, РИФ-абс, РПГА, ИФА
- 5) реакция иммунофлюоресценции РИФ-200, РИФ-абс, РПГА

5.2. Основные понятия и положения темы.

Для лабораторной диагностики сифилиса применяются прямые и непрямые методы.

Прямые методы диагностики выявляют самого возбудителя или его генетический материал.

К непрямым методам диагностики сифилиса относятся тесты, выявляющие антитела к возбудителю сифилиса в сыворотке крови и цереброспинальной жидкости.

Абсолютным доказательством наличия заболевания является обнаружение бледной трепонемы в образцах, полученных из очагов поражений, с помощью микроскопии в темном поле зрения или прямой иммунофлюоресценции, а также выявление

специфической ДНК и РНК возбудителя в полимеразной цепной реакции. Данные или прямой иммунофлюоресценции. Методы используются для диагностики ранних форм заболевания (первичный и вторичный сифилис) с клиническими проявлениями (эрозивно-язвенные элементы), для подтверждения врожденного сифилиса (ткань пуповины, плаценты, органы плода, отделяемое слизистой оболочки носа, содержимое пузырей, отделяемое с поверхности папул).

Молекулярно-биологические методы также используются для диагностики сифилитической инфекции. В диагностике сифилиса следует учитывать только те результаты молекулярно-биологических методов, которые получены при использовании тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.

Серологические методы диагностики, рекомендуемые для исследования сыворотки крови.

Нетрепонемные тесты:

- **реакция микропреципитации (РМП)** с плазмой и инактивированной сывороткой или ее аналоги;
- **RPR (РПР)** – тест быстрых плазменных реагинов (Rapid Plasma Reagins), или экспресс-тест на реагины плазмы;
- **VDRL – Venereal Disease Research Laboratory** – тест Исследовательской лаборатории венерических заболеваний;
- **TRUST** – тест с толуидиновым красным и непрогретой сывороткой (Toluidin Red Unheated Serum Test);
- **RST** – тест на скрининг реагинов (Reagin Screen Test);
- **USR** – тест на реагины с непрогретой сывороткой (Unheated Serum Reagins).

Ложноположительные серологические реакции на сифилис (ЛПП)

Ложноположительными или неспецифическими называют положительные результаты серологических реакций на сифилис у лиц, не страдающих сифилитической инфекцией и не болевших сифилисом в прошлом.

ЛПП могут быть обусловлены техническими погрешностями при выполнении исследований и особенностями организма. Условно ЛПП разделяют на острые (<6 месяцев) и хронические (> 6 месяцев). Острые ЛПП могут наблюдаться при беременности и во время менструации, после вакцинации, после недавно перенесенного инфаркта миокарда, при многих инфекционных заболеваниях (лепра, малярия, респираторные заболевания, грипп, ветряная оспа, вирусный гепатит, ВИЧ-инфекция), при дерматозах. Хронические ЛПП – при аутоиммунных заболеваниях, системных болезнях соединительной ткани, онкологических заболеваниях, хронической патологии печени и желчевыводящих путей, при сердечно-сосудистой и эндокринной патологии, при заболеваниях крови, при хронических заболеваниях легких, при инъекционном применении наркотиков, в старческом возрасте и др. Ложноположительные реакции в трепонемных и нетрепонемных тестах могут наблюдаться при эндемических трепонематозах (фрамбезия, пинта, беджель), боррелиозе, лептоспирозе. Пациента с положительными серологическими реакциями на сифилис, прибывшего из страны с эндемическими трепонематозами, необходимо обследовать на сифилис и назначить противосифилитическое лечение, если оно ранее не проводилось.

Хронические ложноположительные реакции могут являться преκлиническими проявлениями тяжелых заболеваний.

Количество ЛПР увеличивается с возрастом. К 80 годам распространенность ЛПР составляет 10%.

Ложноотрицательные серологические реакции на сифилис могут наблюдаться при вторичном сифилисе вследствие феномена прозоны при тестировании неразведенной сыворотки, а также при обследовании лиц с иммунодефицитным состоянием, например ВИЧ-инфицированных пациентов.

Диагностика врожденного сифилиса

Диагноз устанавливается на основании анамнеза матери, клинических проявлений, данных рентгенологического исследования и результатов серологических реакций (РМП/РПР, ИФА, РПГА, РИБТ, РИФ).

При диагностике раннего врожденного сифилиса с симптомами следует иметь в виду, что остеохондрит I степени без других симптомов врожденного сифилиса не может служить признаком врожденного сифилиса, так как подобные изменения могут наблюдаться при других заболеваниях и даже у здоровых детей.

Установление раннего врожденного скрытого сифилиса необходимо проводить с учетом следующих основных критериев:

- более высокая позитивность серологических реакций в венозной крови ребенка в сравнении с пуповинной кровью;
- более высокая позитивность серологических реакций в венозной крови ребенка, взятой на 7–8-й день лечения, в сравнении с кровью матери;
- макро- и микроскопические изменения плаценты;
- рентгенологически установленные изменения длинных трубчатых костей;
- патологические изменения СМЖ;
- данные анамнеза: отсутствие лечения или неадекватное лечение матери;
- положительный тест IgM-ИФА с кровью ребенка (как дополнительный критерий).

При диагностике позднего врожденного сифилиса, с симптомами следует иметь в виду, что выявление только одних дистрофий, без других каких-либо признаков сифилиса, не является специфичным для позднего врожденного сифилиса, так как они могут встречаться при других хронических заболеваниях и интоксикациях родителей (алкоголизм, токсоплазмоз, эндокринные заболевания и др.), детей (туберкулез, рахит и др.) и даже у практически здоровых людей.

Поздний врожденный сифилис скрытый может быть установлен с учетом:

- анамнеза матери;
- наличия у матери диагноза позднего сифилиса;
- стойкой позитивности РМП/РПР, ИФА, РПГА, РИФ, РИБТ.

Диагностика сифилитического поражения внутренних органов и опорно-двигательного аппарата основана на клинических проявлениях, данных инструментальных (рентгенологических, ультразвуковых, магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии) и лабораторных методов исследования (серологических, патоморфологических).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

Больная 30 лет обратилась на приём к отоларингологу с жалобами на охриплость голоса. Поставлен диагноз хронического тонзиллита, назначен тетрациклин. На третий день приёма тетрациклина у больной на туловище появилась розеолезная сыпь, которая не сливается, исчезает при надавливании. Цвет розеол розово-красный. Субъективные расстройства отсутствуют. Отоларингологом поставлен диагноз медикаментозной токсикодермии, отменен тетрациклин, назначена гипосенсибилизирующая терапия. Через 5 дней больная была вызвана в кожно-венерологический диспансер как предполагаемый источник заражения больного сифилисом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику розеолезной сыпи у больной.
3. Какие атипичные варианты розеолезной сыпи Вы знаете?
4. Какая стадия заболевания возможна у полового партнера?
5. Индивидуальная профилактика заболевания.

Задача №2

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

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

Задача №3

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

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

Задача №4

У больной, обратившейся к гинекологу, правая большая половая губа увеличена в размерах, при надавливании следа от вдавления пальцем не осталось, цвет кожи синюшный. Лимфоузлы паховые с обеих сторон размером 2.0*1.5 см., подвижные, безболезненные. На коже туловища обильная розеолезная сыпь. В анамнезе беспорядочная половая жизнь.

1. Тактика врача-гинеколога.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Тактика ведения больной.
4. Проведите дифференциальную диагностику высыпаний.
5. Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения заболевания.

Задача №5

К врачу дерматовенерологу обратился больной 40 лет с высыпаниями на коже туловища. В течение года имеет регулярные половые связи с одной женщиной. При осмотре на коже туловища крупная розеолезная сыпь, мелкоочаговое облысение на волосистой части головы, поредение бровей, вокруг ануса – сгруппированные эрозированные папулы. При осмотре половой партнерши высыпаний на коже и слизистых у неё не обнаружено, периферические лимфатические узлы не увеличены.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика ведения больного.
3. Тактика в отношении половой партнёрши.
4. Возможный диагноз половой партнерши.
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику облысения у больного?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Лабораторные тесты для подтверждения или исключения нейросифилиса.
2. Диагностика врожденного сифилиса.
3. Ложно-положительные серологические реакции на сифилис.

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

1. Диагностика сифилиса клиническая.
2. Диагностика сифилиса лабораторная: методы выявления бледной трепонемы.
3. Диагностика сифилиса серологическая. Интерпретация результатов серологических реакций.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/I/SBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
3	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
4	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017		

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
	инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие				
5	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063B	В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей	Красноярск : КрасГМУ, 2015		
6	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804B .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		

Электронные ресурсы

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

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

Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №35

**ТЕМА: «Сифилис. Схемы лечения. Профилактика»
Индекс темы ОД.О.01.1.3.35**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №35

Тема: «Сифилис. Схемы лечения. Профилактика»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Современные концепции этиопатогенеза сифилитической инфекции диктуют назначение лечения больным новыми современными средствами.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):
 - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);
 - готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
 - учебная: ознакомить обучающихся с методами лечения сифилиса.
-
- знать:
 - методы лечения больных сифилисом согласно клиническим рекомендациям МЗРФ.
 - профилактические мероприятия.
-
- уметь:
 - проводить работу в эпидочаге.
 - проводить консультирование больных сифилисом.
 - владеть:
 - навыками проведения консультирования больного сифилисом.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ПЕНИЦИЛЛИН ПО МЕХАНИЗМУ СВОЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НАИБОЛЕЕ АКТИВЕН В ОТНОШЕНИИ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ: (УК-1, ПК-6)

а) спиралевидной формы;

- б) инцистированной формы;
- в) растущей формы;
- г) L-форма;
- д) зернистой формы.

2. СТАНДАРТНЫЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СИФИЛИСОМ СТАНОВЯТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ТВЕРДОГО ШАНКРА В СРЕДНЕМ ЧЕРЕЗ: (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) 5-7 дней;
- б) 2-3 нед.;
- в) 5-6 нед.;
- г) 7-8 нед.;
- д) 9-10 нед.

3. ПРОБНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ ДОПУСТИМО ПРИ ПОДОЗРЕНИИ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- а) на первичный сифилис;
- б) на вторичный сифилис;
- в) когда нет возможности подтвердить или опровергнуть диагноз сифилис;
- г) на скрытый ранний сифилис;
- д) на скрытый поздний сифилис.

4. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ТЕСТАМИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА ЯВЛЯЮТСЯ: (УК-1, ПК-6)

- а) реакция иммунофлюоресценции РИФ-200;
- б) реакция иммунофлюоресценции РИФ-абс;
- в) реакция Колмера;
- г) реакция Вассермана;
- д) реакция иммобилизации трепонем РИБТ.

5. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ СЕРОЛОГИЧЕСКИМ ТЕСТОМ НА СИФИЛИС ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-6)

- а) реакция иммунофлюоресценции;
- б) реакция Кана;
- в) реакция Вассермана с трепонемным антигеном;
- г) реакция Колмера;
- д) цитохолевая реакция

6. ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ ПРИМЕНЯЮТ (УК-1, ПК-6)

- а) исследование нативных препаратов в темном поле
- б) окраска по Романовскому – Гимзе
- в) окраска по Граму
- г) культивирование на питательных средах
- д) окраска метилиновым синим

7. У БОЛЬНОГО СИФИЛИС ПЕРВИЧНЫЙ. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧИТЬ:

(УК-1,ПК-1,ПК-5,ПК-6,ПК-9)

- а) растворимый пенициллин;
- б) бициллин-5;
- в) экстенциллин;
- г) тетрациклин;
- д) эритромицин.

8. У БОЛЬНОГО СИФИЛИС ВТОРИЧНЫЙ . ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ЛЕЧЕНИЕ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9):

- а) ретарпеном;
- б) растворимый пенициллин;
- в) бициллином-3;
- г) бициллином-5;
- д) тетрациклином.

9. У БОЛЬНОГО ВТОРИЧНЫМ СИФИЛИСОМ СПУСТЯ 6 МЕС. ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ СОХРАНЯЕТСЯ РЕЗКО ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ КСР. НЕОБХОДИМО (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- а) назначить дополнительно реторпен;
- б) продолжить клинико-серологический контроль;
- в) назначить не специфическое лечение;
- г) назначить дополнительно бензилпенициллин;
- д) назначить дополнительно тетрациклин.

5.2. Основные понятия и положения темы.

ЛЕЧЕНИЕ

Специфическое лечение проводят с целью этиологического излечения пациента путем создания трепонемицидной концентрации антимикробного препарата в крови и тканях, а при нейросифилисе – в СМЖ.

Превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в половом и тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев.

Профилактическое лечение проводят с целью предупреждения врожденного сифилиса:

- а) беременным женщинам, лечившимся по поводу сифилиса до беременности, но у которых в нетрепонемных серологических тестах сохраняется позитивность;
- б) беременным, которым специфическое лечение сифилиса проводилось во время беременности;
- в) новорожденным, родившимся без проявлений сифилиса от нелеченой либо неадекватно леченной во время беременности матери (специфическое лечение начато после 32-й недели беременности, при нарушении или изменении утвержденных схем лечения);
- г) новорожденным, матери которых, при наличии показаний во время беременности, не получили профилактического лечения.

Пробное лечение (лечение *ex juvantibus*) в объеме специфического проводят при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, нервной системы и опорно-двигательного аппарата, когда диагноз не представляется возможным подтвердить убедительными серологическими и клиническими данными.

Медикаментозное лечение:

Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения сифилиса:

Пенициллины:

– дюрантные: бициллин–1 (дибензилэтилендиаминовая соль бензилпенициллина, иначе – бензатин бензилпенициллин), комбинированные: бициллин–5 (дибензилэтилендиаминовая и новокаиновая и натриевая соли пенициллина в соотношении 4:1);

– средней дюрантности: бензилпенициллина новокаиновая соль;

– водорастворимый: бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая;

– полусинтетические: ампициллина натриевая соль, оксациллина натриевая соль.

Тетрациклины: доксициклин.

Макролиды: эритромицин.

Цефалоспорины: цефтриаксон.

Препаратом выбора для лечения сифилиса является бензилпенициллин.

Ожидаемые побочные эффекты и осложнения противосифилитической терапии:

Пациентов следует предупредить о возможной реакции организма на лечение. В медицинских организациях, где проводится терапия, должны быть средства для оказания неотложной помощи. Реакция обострения (Яриша–Герксгеймера). Реакция обострения наблюдается у 30% больных ранним сифилисом. У большинства пациентов клинические проявления реакции обострения начинаются через 2–4 часа после первого введения антибиотика, достигают максимальной выраженности через 5–7 часов, в течение 12–24 часов состояние нормализуется. Основными клиническими симптомами являются озноб и резкое повышение температуры тела (до 39 °С, иногда выше). Другими симптомами реакции являются общее недомогание, головная боль, тошнота, боль в мышцах, суставах, тахикардия, учащение дыхания, снижение артериального давления, лейкоцитоз.

ОСОБЫЕ СИТУАЦИИ

Лечение беременных.

В настоящее время в связи с наличием эффективных и краткосрочных методов лечения выявление сифилиса перестало играть роль медицинского показания для прерывания беременности. Решение о сохранении или прерывании беременности принимает женщина. Роль врача состоит в проведении своевременного адекватного лечения (начато до 32-й недели беременности и проведено препаратами пенициллина средней дюрантности, натриевой солью пенициллина, полусинтетическими пенициллинами или цефтриаксоном) и оказании психологической поддержки беременной.

Специфическое лечение беременных вне зависимости от сроков гестации проводят бензилпенициллина натриевой солью кристаллической или препаратами средней дюрантности (бензилпенициллина новокаиновая соль) так же, как лечение небеременных, по одной из предлагаемых в настоящих рекомендациях методик, в соответствии с установленным диагнозом.

Профилактическое лечение беременных проводится начиная с 20-й недели беременности, но при поздно начатом специфическом лечении – непосредственно вслед за ним. Препараты, разовые дозы и кратность введения соответствуют таковым при специфическом лечении. Длительность терапии составляет 10 дней.

Если при наличии показаний к профилактическому лечению беременных имеются сведения о неполноценности проведенного специфического лечения, то профилактическое лечение должно продолжаться 20 дней (как дополнительное).

При установлении беременной женщине диагноза поздний сифилис или сифилис неуточненный, как ранний или поздний второй курс специфического лечения, который,

как правило, проводят в сроки 20 и более недель беременности, следует считать профилактическим лечением.

В случаях проведения в полном объеме адекватного специфического и профилактического лечения родоразрешение может происходить в роддоме общего профиля на общих основаниях. Ребенок, родившийся без признаков врожденного сифилиса от женщины, получившей полноценную специфическую и профилактическую терапию, в лечении не нуждается.

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика сифилитической инфекции включает: работу с группами здоровых людей, предоставление им информации о заболевании с целью изменения их поведения в сторону уменьшения риска инфицирования сифилисом; скрининговое обследование определенных групп населения, подверженных повышенному риску инфицирования, либо тех групп, в которых заболевание ведет к опасным социальным и медицинским последствиям, а также проведение полноценного специфического лечения с последующим клинико-серологическим наблюдением.

Профилактика врожденного сифилиса осуществляется антенатально и постнатально.

Антенатальная профилактика включает: работу со здоровыми людьми, предоставление информации о возможности внутриутробной передачи сифилиса и необходимости раннего начала дородового наблюдения; трехкратное серологическое обследование беременных (при обращении в женскую консультацию, на сроке 28–30 недель и за 2–3 недели до родов); при выявлении сифилиса – адекватное специфическое и профилактическое лечение.

Постнатальная профилактика врожденного сифилиса заключается в профилактическом лечении детей. Индивидуальная профилактика обеспечивается использованием барьерных методов контрацепции (презервативов). После случайной незащищенной половой связи может быть осуществлена самостоятельно лицом, подвергшимся опасности заражения ИППП. Проводится с помощью индивидуальных профилактических средств (в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией), к которым относятся хлоргексидин биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин и другие.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

Больная 30 лет обратилась на приём к отоларингологу с жалобами на охриплость голоса. Поставлен диагноз хронического тонзиллита, назначен тетрациклин. На третий день приёма тетрациклина у больной на туловище появилась розеолезная сыпь, которая не сливается, исчезает при надавливании. Цвет розеол розово-красный. Субъективные расстройства отсутствуют. Отоларингологом поставлен диагноз медикаментозной токсикодермии, отменен тетрациклин, назначена гипосенсибилизирующая терапия. Через 5 дней больная была вызвана в кожно-венерологический диспансер как предполагаемый источник заражения больного сифилисом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику розеолезной сыпи у больной.

3. Какие атипичные варианты розеолезной сыпи Вы знаете?
4. Какая стадия заболевания возможна у полового партнера?
5. Индивидуальная профилактика заболевания.

Задача №2

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

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

Задача №3

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

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

Задача №4

У больной, обратившейся к гинекологу, правая большая половая губа увеличена в размерах, при надавливании следа от вдавления пальцем не осталось, цвет кожи синюшный. Лимфоузлы паховые с обеих сторон размером 2.0*1.5 см., подвижные, безболезненные. На коже туловища обильная розеолезная сыпь. В анамнезе беспорядочная половая жизнь.

1. Тактика врача-гинеколога.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Тактика ведения больной.
4. Проведите дифференциальную диагностику высыпаний.
5. Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения заболевания.

Задача №5

К врачу дерматовенерологу обратился больной 40 лет с высыпаниями на коже туловища. В течение года имеет регулярные половые связи с одной женщиной. При осмотре на коже туловища крупная розеолезная сыпь, мелкоочаговое облысение на волосистой части головы, поредение бровей, вокруг ануса – сгруппированные эрозированные папулы. При осмотре половой партнерши высыпаний на коже и слизистых у неё не обнаружено, периферические лимфатические узлы не увеличены.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика ведения больного.
3. Тактика в отношении половой партнерши.
4. Возможный диагноз половой партнерши.

5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику облысения у больного?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Схемы лечения больных сифилисом.
2. Критерии излеченности больных сифилисом.
3. Профилактика сифилиса.

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

1. Диагностика сифилиса серологическая. Интерпретация результатов серологических реакций.
2. Современные методы лечения больных сифилисом.
3. Диспансеризация больных сифилисом.
4. Тактика врача при пролонгированной серонегативации и серорезистентности.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.	3	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier

11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №36

**ТЕМА: «Общие принципы обследования и лечения пациентов
с инфекциями, передаваемыми половым путем»
Индекс темы ОД.О.01.1.3.36**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №36

Тема: «Общие принципы обследования и лечения пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Учитывая высокую заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путём, изучение этой темы имеет большое значение для врачей дерматовенерологов.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):
- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- учебная: ознакомить обучающихся с принципами обследования и лечения пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем
 - знать:
 - показания к обследованию на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП).
 - особенности сбора анамнестических данных у больных ИППП.
 - правила получения клинического материала для лабораторных исследований.
 - элементы консультирования пациентов с ИППП.
 - назначение лекарственной терапии больным ИППП.
 - уметь:
 - собирать анамнез и эпиданамнез у больного ИППП.
 - проводить забор клинического материала для лабораторных исследований.
 - владеть:
 - навыками проведения обследования больного ИППП.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. К ПРИНЦИПАМИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ БОЛЬНОГО НЕ ОТНОСИТСЯ (УК-1, УК-2, ПК-1)

- 1) определение диагноза
- 2) уважения к личности каждого клиента
- 3) уважения права индивидуума на принятие решения
- 4) уважения способности индивидуума принимать решение
- 5) соблюдения конфиденциальности

2. ЭТАПЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СЛУЖБАХ ИППП (УК-1, УК-2, ПК-1)

- 1) приветствие
- 2) оценка потребностей
- 3) медицинское просвещение
- 4) описание и объяснение; информация о повторном визите
- 5) приветствие; оценка потребностей; медицинское просвещение; объяснение; информация о повторном визите

3. НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМОЙ ФОРМОЙ ОБРАЩЕНИЯ К БОЛЬНОМУ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, УК-2)

- 1) больной
- 2) пациент
- 3) клиент
- 4) по имени и отчеству
- 5) по фамилии

4. НАВЫКАМИ ОБЩЕНИЯ ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, УК-2)

- 1) невербальное общение
- 2) открытые вопросы
- 3) внимательное выслушивание
- 4) отражение/перефразирование
- 5) невербальное общение, открытые вопросы, внимательное выслушивание, отражение/перефразирование

5. ПРАВА ПАЦИЕНТА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАТЬЕЙ (УК-1, ПК-1)

- 1) статья 30
- 2) статья 31
- 3) статья 32
- 4) статья 33
- 5) статья 34

6. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАТЬЕЙ (УК-1, ПК-1)

- 1) статья 60
- 2) статья 61
- 3) статья 62
- 4) статья 63
- 5) статья 64

7. ЗАРАЖЕНИЕ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАТЬЕЙ УК РФ (УК-1, ПК-1)

- 1) статья 120
- 2) статья 121
- 3) статья 122
- 4) статья 123
- 5) статья 124

8. ЗАРАЖЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАТЬЕЙ УК РФ (УК-1, ПК-1)

- 1) статья 120
- 2) статья 121
- 3) статья 122
- 4) статья 123
- 5) статья 124

9. ПРАВА КЛИЕНТА НЕ ВКЛЮЧАЮТ (УК-1, ПК-1)

- 1) права на правдивую и полную информацию
- 2) доступности услуг и выбор
- 3) обязательного присутствия в кабинете медсестры
- 4) уважения чувства достоинства клиента
- 5) выражения мнения о качестве оказываемых услуг

10. ФОРМЫ НЕВЕРБАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ (УК-1, ПК-1)

- 1) положение корпуса
- 2) выражение лица
- 3) визуальный контакт
- 4) жестикуляция
- 5) положение корпуса, выражение лица, визуальный контакт, жестикуляция

11. ВИДЫ ВОПРОСОВ ПРИ РАБОТЕ С КЛИЕНТАМИ/ПАЦИЕНТАМИ (УК-1, УК-2, ПК-1)

- 1) открытые
- 2) закрытые
- 3) полукрытые
- 4) открытые, закрытые
- 5) открытые, закрытые, полукрытые

5.2. Основные понятия и положения темы.

Получение анамнестических данных. При сборе анамнеза выясняют:

- предполагаемый источник инфицирования пациента;
- предполагаемый регион инфицирования (для гонококковой инфекции);
- время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов;
- количество половых партнеров и результаты их обследования;
- формы практикуемых сексуальных контактов;
- результаты обследования половых партнеров;
- данные акушерско-гинекологического, урологического и полового анамнеза;
- наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время;

- особенности аллергоанамнеза;
- наличие соматических заболеваний (гинекологических заболеваний, эндокринопатий, заболеваний желудочно-кишечного тракта и других);
- данные о приеме лекарственных препаратов (антибактериальных, цитостатиков, кортикостероидов, противовирусных и антимикотических) в течение последних 3 месяцев;
- соблюдение правил личной и половой гигиены;
- применение и методы контрацепции.

Показания к обследованию на инфекции, передаваемые половым путем:

- клинические и/или лабораторные признаки воспалительного процесса органов урогенитального тракта;
- предгравидарное обследование половых партнеров;
- обследование женщин во время беременности;
- предстоящие оперативные (инвазивные) манипуляции на органах малого таза;
- перинатальные потери и бесплодие в анамнезе;
- половой контакт с партнером больным ИППП;
- сексуальное насилие.

При неустановленном источнике инфицирования рекомендуется провести повторное серологическое обследование: на сифилис через 3 месяца, на ВИЧ, гепатиты В и С – через 3–6–9 месяцев.

Клинический материал для лабораторных исследований. Клиническим материалом для лабораторных исследований является:

- у женщин: отделяемое (соскоб) уретры, цервикального канала, влагалища, нижнего отдела прямой кишки (для гонококковой инфекции, по показаниям – хламидийной инфекции), первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами); при наличии показаний – отделяемое ротоглотки, больших вестибулярных и парауретральных желез, слизистой оболочки конъюнктивы глаз;
- у мужчин: отделяемое (соскоб) уретры, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами); при наличии показаний – отделяемое нижнего отдела прямой кишки, ротоглотки, слизистой оболочки конъюнктивы глаз; секрет предстательной железы;
- у детей и у женщин, не имевших в анамнезе половых контактов с пенетрацией: отделяемое уретры, задней ямки преддверия влагалища, влагалища, нижнего отдела прямой кишки (для гонококковой инфекции, по показаниям – хламидийной инфекции); при осмотре с использованием детских гинекологических зеркал – отделяемое цервикального канала, при наличии показаний – отделяемое ротоглотки, конъюнктивы.

Для получения достоверных результатов лабораторных исследований для идентификации возбудителей ИППП и урогенитальных инфекций необходимо соблюдение ряда требований, к которым относятся:

- сроки получения клинического материала с учетом применения лекарственных препаратов (антибактериальных, антипротозойных, антимикотических): для идентификации возбудителей ИППП и урогенитальных инфекций культуральным методом или методом амплификации РНК (NASBA) – не ранее чем через 14 дней после окончания приема препаратов, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в режиме реального времени) – не ранее чем через месяц после окончания приема препаратов;

- получение клинического материала из уретры не ранее чем через 3 часа после последнего мочеиспускания, при наличии обильных уретральных выделений – через 15 – 20 минут после мочеиспускания;
- получение клинического материала из цервикального канала и влагалища вне менструации;
- соблюдение условий доставки образцов в лабораторию.

С позиций доказательной медицины применение биологических, химических и алиментарных провокаций с целью повышения эффективности диагностики ИППП и урогенитальных инфекций нецелесообразно.

Консультирование пациентов. Врач должен рекомендовать пациенту в период лечения и диспансерного наблюдения воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности.

Консультации других специалистов рекомендованы в следующих случаях:

■ акушера-гинеколога при:

- беременности и ее планировании;
- вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза;

■ уролога:

- с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы;
- при длительном течении и неэффективности ранее проводимой терапии эпидидимита, эпидидимоорхита, простатита.

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

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

Назначение лекарственной терапии. Дозировки лекарственных препаратов и методики терапии указаны в соответствии с инструкцией и показаниями к назначению, утвержденными в Российской Федерации.

Выбор препаратов проводится с учетом анамнестических данных (аллергические реакции, индивидуальная непереносимость препаратов, наличие сопутствующих инфекций).

С позиций доказательной медицины проведение системной энзимотерапии, иммуномодулирующей терапии и терапии местными антисептическими препаратами не рекомендовано. При осложненном течении заболеваний дополнительно рекомендуется назначение патогенетической и физиотерапевтической терапии.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача № 1.

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

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

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

Больному диагностирована свежая острая гонорея, острый передний уретрит.

1. Какие анамнестические данные необходимо выяснять у больных с подобным заболеванием?
2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Дифференциальная диагностика данного заболевания.
5. Цели лечения.

Задача № 2.

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

При 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 мужчин, женщин и детей.
2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у женщин?
3. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?
4. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.
5. Тактика в отношении половых партнеров.

Задача №3

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

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

Задача №4

У больной, обратившейся к гинекологу, правая большая половая губа увеличена в размерах, при надавливании следа от вдавления пальцем не осталось, цвет кожи синюшный. Лимфоузлы паховые с обеих сторон размером 2.0*1.5 см., подвижные, безболезненные. На коже туловища обильная розеолезная сыпь. В анамнезе беспорядочная половая жизнь.

1. Тактика врача-гинеколога.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Тактика ведения больной.

4. Проведите дифференциальную диагностику высыпаний.
5. Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения заболевания.

Задача №5

К врачу дерматовенерологу обратился больной 40 лет с высыпаниями на коже туловища. В течение года имеет регулярные половые связи с одной женщиной. При осмотре на коже туловища крупная розеолезная сыпь, мелкоочаговое облысение на волосистой части головы, поредение бровей, вокруг ануса – сгруппированные эрозированные папулы. При осмотре половой партнерши высыпаний на коже и слизистых у неё не обнаружено, периферические лимфатические узлы не увеличены.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика ведения больного.
3. Тактика в отношении половой партнёрши.
4. Возможный диагноз половой партнерши.
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику облысения у больного?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Показания к обследованию на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП).
2. Особенности сбора анамнестических данных у больных ИППП.
3. Правила получения клинического материала для лабораторных исследований.
4. Элементы консультирования пациентов с ИППП.
5. Назначение лекарственной терапии больным ИППП.

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

1. Показания к обследованию на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП).
2. Элементы консультирования пациентов с ИППП.
3. Назначение лекарственной терапии больным ИППП.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/I/SBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
2	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
3	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
4	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017		
5	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063B	В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей	Красноярск : КрасГМУ, 2015		
6	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804B .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с.

3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №37

**ТЕМА: «Гонорея. Этиология. Эпидемиология. Классификация»
Индекс темы ОД.О.О1.1.3.37**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №37

Тема: «Гонорея. Этиология. Эпидемиология. Классификация»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики гонореи, самой распространенной инфекции в мире, необходимы дерматовенерологам, учитывая социальную значимость (повышает распространенность внематочной беременности и бесплодия среди женщин), очень большую распространенность, разнообразную локализацию, полиорганность поражения, возникновение осложнений у больных.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: ознакомить обучающихся с этиологическими и патогенетическими факторами развития гонококковой инфекции.

— знать:

- этиологические и патогенетические факторы развития гонореи.
- классификацию гонореи.

— уметь:

- Провести осмотр половых органов у женщин.
- Провести осмотр половых органов у мужчин.
- Провести осмотр аногенитальной области.
- Провести пальпацию мочеиспускательного канала.
- Провести пальпацию бульбоуретральных желёз.

- владеть:
- диагностическими тестами для верификации диагноза.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА (УК-1, ПК-1, ПК-6)
 - 1) 1-2 дням
 - 2) 3-4 дням
 - 3) 10-14 дням
 - 4) 8-10 дням
 - 5) 5-7 дням
2. ВОЗБУДИТЕЛЬ ГОНОРЕИ – ГОНОКОКК ОТНОСИТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)
 - 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
3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВОВ ГОНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ АССОЦИАЦИЯ ГОНОКОККОВ (УК-1 ,ПК-1, ПК-6)
 - 1) с хламидиями
 - 2) с трихомонадами
 - 3) с дрожжевым мицелием
 - 4) с уреоплазмой
 - 5) с гарднереллами
4. В СРЕДАХ С САХАРАМИ ГОНОКОКК РАЗЛАГАЕТ (УК-1, ПК-1, ПК-6)
 - 1) лактозу
 - 2) галактозу
 - 3) декстрозу
 - 4) сахарозу
 - 5) рибозу
5. НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫМ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ГОНОКОККАМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ, ВЫСТЛАННЫЕ ЭПИТЕЛИЕМ (УК-1, ПК-1, ПК-6)
 - 1) многослойным плоским неороговевающим
 - 2) переходным
 - 3) многослойным плоским ороговевающим
 - 4) цилиндрическим
 - 5) кубическим
6. ГОНОКОККИ НЕ МОГУТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ В ОРГАНИЗМЕ БОЛЬНЫХ СЛЕДУЮЩИМ ПУТЕМ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) по нервным окончаниям
- 2) гематогенным
- 3) по поверхности слизистых гениталий
- 4) трансканаликулярным
- 5) лимфогенным

7. БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ГОНОКОККОВ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКАХ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) парность кокков
- 2) грам-отрицательность
- 3) внутриклеточное расположение
- 4) грам-положительность
- 5) бобовидность формы

8. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ГОНОРЕЯ ПОЛУЧЕНА У СЛЕДУЮЩИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) у человекообразных обезьян
- 2) у морских свинок
- 3) у кроликов
- 4) у собак
- 5) ни у одного животного

9. К ДИССЕМНИРОВАННОЙ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) артрит
- 2) поражение глаз
- 3) поражение кожи
- 4) перигепатит
- 5) сепсис

10. К ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМ ФОРМАМ ГОНОРЕИ ОТНОСЯТСЯ ГОНОРЕЙНЫЙ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) проктит
- 2) цистит
- 3) пиелонефрит
- 4) тонзиллит
- 5) миозит

5.2. Основные понятия и положения темы.

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 - А54.

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

Гонококковая инфекция является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Ежегодно в мире регистрируется около 60 миллионов случаев этого заболевания. В Российской Федерации, начиная с 2001 года и по

настоящее время, отмечается снижение заболеваемости гонококковой инфекцией: в 2010 году ее уровень составил 42,7 случая на 100 000 населения, в 2011 году – 38,4 случаев на 100 000 населения. Вместе с тем, он значительно превышает показатели заболеваемости стран Западной Европы. Наиболее высокий уровень заболеваемости гонококковой инфекцией в Российской Федерации регистрируется на территориях Дальнего Востока и Сибири как среди взрослого населения (72,8 и 87,7 на 100000 населения соответственно), так и среди подростков в возрасте от 15 до 18 лет (71,7 и 86,1 на 100 000 населения соответственно).

КЛАССИФИКАЦИЯ

А 54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез (включает: уретрит, цистит, вульвовагинит, цервицит).

А 54.1 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез (включает: гонококковый абсцесс больших вестибулярных желез).

А 54.2 Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов (включает: эпидидимит, орхит, простатит, воспалительные заболевания органов малого таза у женщин).

А 54.3 Гонококковая инфекция глаз (включает: конъюнктивит, иридоциклит, гонококковая офтальмия новорожденных).

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

А 54.5 Гонококковый фарингит.

А 54.6 Гонококковая инфекция аноректальной области.

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

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Врач должен рекомендовать пациенту в период лечения и диспансерного наблюдения воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности.

Консультации других специалистов рекомендованы в следующих случаях:

■ акушера-гинеколога при:

- беременности и ее планировании;
- вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза;

■ уролога:

- с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы;
- при длительном течении и неэффективности ранее проводимой терапии эпидидимита, эпидидимоорхита, простатита.

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

В случае частого рецидивирования бактериального вагиноза или урогенитального кандидоза после проведенного лечения необходимо проведение дополнительного обследования у специалистов (гинекологов, гинекологов – эндокринологов, эндокринологов, гастроэнтерологов) с целью исключения сопутствующих заболеваний

(состояний), которые могут способствовать нарушению нормальной влагалищной микрофлоры.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача № 1

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

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

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

Больному диагностирована свежая острая гонорея, острый передний уретрит.

1. Какие анамнестические данные необходимо выяснять у больных с подобным заболеванием?
2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Дифференциальная диагностика данного заболевания.
5. Цели лечения.

Задача № 2

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

При 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 мужчин, женщин и детей.
2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у женщин?
3. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?
4. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.
5. Тактика в отношении половых партнеров.

Задача № 3

В гинекологическое отделение поступила больная с жалобами на резкую боль в животе, тошноту, рвоту, нарушение дефекации, слабость, повышение температуры тела до 39°.

При осмотре характерный внешний вид – *facies hypocratica*, гектическая температура тела, гипотензия, олигурия, резкая болезненность живота при поверхностной пальпации, в нижних отделах определяется напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины; резкая болезненность при бимануальном гинекологическом обследовании.

При обследовании в мазках из цервикального канала, уретры и нижнего отдела прямой кишки обнаружены гонококки.

Диагностирован гонококковый пельвиоперитонит.

1. Какое лечение проводится при гонококковом пельвиоперитоните?
2. Цели лечения.
3. Дифференциальный диагноз гонококкового пельвиоперитонита.
4. Тактика в отношении половых партнеров.
5. Требования к результатам лечения.

Задача № 4

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.

Задача № 5

К отоларингологу обратилась больная с жалобами на чувство сухости в ротоглотке, боль в горле, усиливающуюся при глотании.

Ведет беспорядочную половую жизнь. Практикует орорегенитальный секс.

При осмотре обнаружены гиперемия и отечность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин с зернистой поверхностью и пленчатыми наложениями.

При обследовании методом культуральной диагностики из ротоглотки обнаружены гонококки. Диагностирован гонококковый фарингит.

1. Какие антибиотики применяются для лечения гонококкового фарингита?
2. Требования к результатам проведенного лечения.
3. Контроль излеченности.
4. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

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

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

1. Этиологические и патогенетические факторы развития гонореи.
2. Консультирование пациентов, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путём.
3. Алгоритм обследования больных гонореей: анамнез, общий статус, локальный статус, лабораторная диагностика, дополнительные методы обследования, консультации специалистов.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/I_SBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
3	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
4	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017		
5	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063B	В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей	Красноярск : КрасГМУ, 2015		
6	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804B .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		
7	Гонококковая инфекция у взрослых и детей учеб. пособие	Яковлева Т.А., Прохоренков В.И., Максименко В.Г.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2014.		

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №38

**ТЕМА: «Гонококковая инфекция нижних отделов
мочеполового тракта без абсцедирования
парауретральных и придаточных желез»**

Индекс темы ОД. О.О1.1.3.38

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №38

Тема: «Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики гонореи, самой распространенной инфекции в мире, необходимы дерматовенерологам, учитывая социальную значимость (повышает распространенность внематочной беременности и бесплодия среди женщин), очень большую распространенность, разнообразную локализацию, полиорганность поражения, возникновение осложнений у больных.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):
 - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
 - -готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
 - готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: ознакомить обучающихся с клиническими проявлениями неосложненной гонококковой инфекции

- знать:
- этиологические и патогенетические факторы развития гонореи.
- субъективные и объективные симптомы неосложненной гонореи у мужчин и женщин.
- субъективные и объективные симптомы неосложненной гонореи у детей.

- уметь:
 - Провести осмотр половых органов у женщин и мужчин.
 - Провести осмотр половых органов у детей.
 - Провести осмотр аногенитальной области.
 - Провести пальпацию мочеиспускательного канала.
-
- владеть:
 - диагностическими тестами для верификации диагноза.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ У ЖЕНЩИН (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-9)

- 1) гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей, диспареуния, дизурия, дискомфорт или боль в области нижней части живота.
- 5) дискомфорт или боль в области нижней части живота

2. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ У ЖЕНЩИН (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-9)

- 1) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
- 2) слизисто-гнойное или гнойное уретральное отделяемое
- 3) слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища
- 4) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, слизисто-гнойное или гнойное уретральное отделяемое, слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища и цервикального канала,
- 5) слизисто-гнойные или гнойные выделения из цервикального канала

3. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ У МУЖЧИН (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-9)

- 1) гнойные выделения из уретры;
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.
- 5) гнойные выделения из уретры, диспареуния, дизурия, боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

4. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ У МУЖЧИН (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-9)

- 1) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
- 2) инфильтрация стенок уретры
- 3) слизисто-гнойные выделения из уретры
- 4) гнойные выделения из уретры
- 5) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные выделения из уретры, гнойные выделения из уретры

5. ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ГОНОРЕИ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6)

- 1) эрадикация *N. gonorrhoeae*, исчезновение клинических симптомов заболевания, предотвращение развития осложнений, предупреждение инфицирования других лиц.
- 2) эрадикация *N. gonorrhoeae*
- 3) исчезновение клинических симптомов заболевания
- 4) предотвращение развития осложнений;
- 5) предупреждение инфицирования других лиц.

6. ЛЕЧЕНИЕ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) цефтриаксон 250 мг однократно внутримышечно, цефиксим 400 мг однократно внутрь, спектиномицин 2,0 г однократно внутримышечно
- 2) цефтриаксон 250 мг однократно внутримышечно
- 3) цефиксим 400 мг однократно внутрь
- 4) спектиномицин 2,0 г однократно внутримышечно
- 5) цефтриаксон 1,0 внутримышечно

7. ПРОФИЛАКТИКА ГОНОКОККОВОЙ ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) сульфацил-натрия 0,5% раствор однократно
- 2) нитрат серебра 0,5%-й водный раствор однократно
- 3) эритромицин 0,5%-я глазная мазь однократно
- 4) тетрациклин 5 %-я глазная мазь однократно.
- 5) тетрациклин 0, 5 %-я глазная мазь однократно

8. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НА ОСНОВАНИИ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) микроскопического исследования через 10 дней после окончания лечения
- 2) микроскопического исследования через 14 дней
- 3) культурального исследования через 10 дней
- 4) культурального исследования через 14 дней
- 5) культурального исследования через месяц

9. ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ (УК-1, ПК-6, ПК-9):

- 1) исключение реинфекции
- 2) определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам

3) назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов

4) исключение реинфекции, определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам, назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВА ГОНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ АССОЦИАЦИЯ ГОНОКОККА (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-9)

1) с хламидиями

2) с трихомонадами

3) с дрожжевым мицелием

4) с уреаплазмой

5) с гарднереллами

5.2. Основные понятия и положения темы.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Женщины

Более чем у 50% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы:

- гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- зуд/жжение в области наружных половых органов;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт или боль в области нижней части живота.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное или гнойное уретральное отделяемое;
- гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища; слизистогнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища;
- отечность, гиперемия и эрозии слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные или гнойные выделения из цервикального канала.

Мужчины

Субъективные симптомы:

- гнойные выделения из уретры;
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- зуд/жжение в области уретры;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса);
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;
- слизисто-гнойные или гнойные выделения из уретры.

Дети

Субъективные симптомы:

- гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- зуд/жжение в области наружных половых органов;
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт или боль в области нижней части живота.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное или гнойное уретральное отделяемое;
- гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища; слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища;
- отечность, гиперемия и эрозии слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные или гнойные выделения из цервикального канала.

Для детей характерна выраженная клиническая картина и многоочаговость поражения.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Врач должен рекомендовать пациенту в период лечения и диспансерного наблюдения воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности.

Консультации других специалистов рекомендованы в следующих случаях:

- акушера-гинеколога при:
 - беременности и ее планировании;
 - вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза;
- уролога:
 - с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы;
 - при длительном течении и неэффективности ранее проводимой терапии эпидидимита, эпидидимоорхита, простатита.
- по показаниям – офтальмолога, оториноларинголога, проктолога, ревматолога, у детей – неонатолога, педиатра (с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования).

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

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача № 1.

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

При осмотре. Губки уретры отечны, гиперемированы, выделения свободные, гнойные.
При обследовании. В мазках из уретры обнаружены гонококки. 2- стаканная проба Томпсона: в первой порции слизь, гнойные нити.

Больному диагностирована свежая острая гонорея, острый передний уретрит.

1. Какие анамнестические данные необходимо выяснять у больных с подобным заболеванием?
2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Дифференциальная диагностика данного заболевания.
5. Цели лечения.

Задача № 2.

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

При 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 мужчин, женщин и детей.
2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у женщин?
3. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?
4. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.
5. Тактика в отношении половых партнеров.

Задача № 3.

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

При осмотре. Губки уретры отечны, гиперемированы, умеренные слизистые выделения.

При обследовании. В мазках из уретры обнаружены трихомонады.

Диагностирован урогенитальный трихомониаз, подострый передний уретрит.

1. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
2. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?
3. Дифференциальная диагностика данного заболевания.
4. Показания для стационарного лечения больных.
5. Рекомендованные схемы лечения неосложненного заболевания.

Задача № 4.

В женскую консультацию для постановки на учет обратилась женщина на 6-ом месяце беременности. При обследовании у больной в мазках были обнаружены гонококки. Диагностирован гонорейный уретрит, эндоцервицит.

1. На каком сроке беременности осуществляется лечение беременных, больных гонококковой инфекцией?
2. Какими антибиотиками проводится лечение беременных, больных гонореей?
3. Рекомендуются ли в дальнейшем проводить лечение новорожденного?
4. Тактика в отношении половых партнеров.
5. Требования к результатам лечения.

Задача № 5.

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.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Субъективные, объективные симптомы неосложненной гонореи у взрослых.
2. Субъективные, объективные симптомы неосложненной гонореи у детей.
3. Консультирование пациентов, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путём.

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

1. Этиологические и патогенетические факторы развития гонореи.
2. Консультирование пациентов, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путём.
3. Алгоритм обследования больных гонореей: анамнез, общий статус, локальный статус, лабораторная диагностика, дополнительные методы обследования, консультации специалистов.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/I/SBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
3	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
4	Практические умения и	Т. А. Яковлева, Ю.	Красноярск :		

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
	методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие	В. Карачева	КрасГМУ, 2017		
5	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063B	В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей	Красноярск : КрасГМУ, 2015		
6	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804B .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		
7	Гонококковая инфекция у взрослых и детей учеб. пособие	Яковлева Т.А., Прохоренков В.И., Максименко В.Г.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2014.		

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library

9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №39

**ТЕМА: «Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта
с абсцедированием парауретральных и придаточных желез»
Индекс темы ОД.О.О1.1.3.39**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №39

Тема: «Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей, дифференциальной диагностики и осложнений гонореи необходимы дерматовенерологам в повседневной практической работе.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- -готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- -готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- -готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- -готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: ознакомить обучающихся с клиническими проявлениями осложненной гонококковой инфекции

— знать:

- современные особенности клинических проявлений и течения гонореи.
- осложнения гонореи у женщин и мужчин.

— уметь:

- собрать анамнестические данные у больных.
- провести забор клинического материала для лабораторных исследований.
- взять мазок из мочеиспускательного канала.
- провести массаж и получить секрет предстательной железы.
- исследовать секрет предстательной железы.

- владеть:
- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ЛЕЧЕНИЕ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА ПРОВОДИТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) цефтриаксоном
- 2) спектиномицином
- 3) доксициклином
- 4) цефиксимом
- 5) джозамицином

2. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ С (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

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

3. ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) незначительные боли в промежности
- 2) гнойные выделения из уретры
- 3) дизурия
- 4) боль в конце мочеиспускания
- 5) уплотнения на поверхности предстательной железы при пальпации

4. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6)

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

5. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, БОЛЬНЫХ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПРОВОДИТСЯ АНТИБИОТИКОМ (УК-1, ПК-6)

- 1) пенициллином
- 2) цефтриаксоном
- 3) вильпрафеном

- 4) эритромицином
- 5) тетрациклином

6. ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) исключение реинфекции
- 2) определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам
- 3) назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов
- 4) проведение системной энзимотерапии
- 5) назначение иммуномодулирующей терапии

7. БОЛЬНОМУ ОСТРЫМ ГОНОРЕЙНЫМ ОРХОЭПИДИМИТОМ НЕ ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6)

- 1) секрета простаты
- 2) отделяемого уретры на наличие других патогенных возбудителей
- 3) клинического анализа мочи
- 4) клинического анализа крови
- 5) двухстаканной пробы мочи

8. ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПРОСТАТИТА НЕ ОСНОВАНА НА РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) мазков
- 2) уретроскопии
- 3) анализа 3 порций мочи
- 4) пальпации предстательной железы
- 5) УЗИ предстательной железы

9. ПРИЗНАКАМИ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) выделения из уретры
- 2) затрудненное и длительное мочеиспускание
- 3) препятствие при введении в уретру бужа или тубуса уретроскопа
- 4) рубцовое сужение уретры по данным уретроскопии
- 5) отсутствие нарушений мочеиспускания

10. ПРИ УРЕТРИТАХ, ВЫЗВАННЫХ ГРАМ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ДИПЛОКОККАМИ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) аминогликозидов
- 2) цефалоспоринов
- 3) линкомицина
- 4) полимиксина
- 5) противогрибковых препаратов

5.2. Основные понятия и положения темы.

Женщины – гонококковый *вестибулит*.

Субъективные симптомы:

- незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- болезненность и отечность в области протоков вестибулярных желез.

Объективные симптомы:

- гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желез;
- болезненность и отечность протоков вестибулярных желез при пальпации.

У лиц обоего пола – *гонококковое поражение парауретральных желез.*

Субъективные симптомы:

- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- гнойные или слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- болезненность в области выводных протоков вестибулярных желез.

Объективные симптомы:

- наличие плотных болезненных образований величиной с просяное зерно в области выводных протоков вестибулярных желез.

Гонококковая инфекция аноректальной области (А 54.6).

У лиц обоего пола, как правило, отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы:

- при локальном поражении прямой кишки: зуд, жжение в аноректальной области, незначительные выделения желтоватого или красноватого цвета;
- при локализации процесса выше анального отверстия: болезненные тенезмы, болезненность при дефекации, гнойные выделения, нередко с примесью крови, вторичные запоры.

Объективные симптомы:

- гиперемия кожных покровов складок анального отверстия;
- слизисто-гнойное отделяемое из прямой кишки.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Следует проводить дифференциальный диагноз с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (*T. vaginalis*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*), условно-патогенными микроорганизмами (грибами рода *Candida*, микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом) и вирусами (вирусом простого герпеса). Дифференциальный диагноз гонококкового эпидидимоорхита проводят с водянкой, туберкулезным или сифилитическим эпидидимоорхитом, опухолью органов мошонки, с перекрутом ножки яичка и др. Дифференциальный диагноз гонококковой инфекции верхних отделов половой системы женщин проводят с внематочной беременностью, эндометриозом, осложненной кистой яичника, заболеваниями органов брюшной полости (панкреатитом, холециститом и др.).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача № 1

В гинекологическое отделение поступила больная с жалобами на резкую боль в животе, тошноту, рвоту, нарушение дефекации, слабость, повышение температуры тела до 39^о.

При осмотре характерный внешний вид – *facies hypocratica*, гектическая температура тела, гипотензия, олигурия, резкая болезненность живота при поверхностной пальпации, в нижних отделах определяется напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины; резкая болезненность при бимануальном гинекологическом обследовании.

При обследовании в мазках из цервикального канала, уретры и нижнего отдела прямой кишки обнаружены гонококки.

Диагностирован гонококковый пельвиоперитонит.

1. Какое лечение проводится при гонококковом пельвиоперитоните?
2. Цели лечения.
3. Дифференциальный диагноз гонококкового пельвиоперитонита.
4. Тактика в отношении половых партнеров.
5. Требования к результатам лечения.

Задача № 2

К дерматовенерологу обратился больной с жалобами на гнойные выделения из мочеиспускательного канала, дизурию, боль в промежности с иррадиацией в область прямой кишки.

При обследовании отмечаются гнойные выделения из уретры, гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, при пальпации определяется увеличенный, плотный и болезненный придаток яичка. Методом микроскопического исследования в мазках из уретры обнаружены гонококки.

Диагностирован гонорейный эпидидимоорхит.

1. Какие анамнестические данные необходимо выяснить у больного?
2. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
3. Дифференциальный диагноз заболевания.
4. Назначьте лечение больному.
5. Контроль излеченности заболевания.

Задача № 3

К дерматовенерологу обратился больной 29 лет с жалобами на гнойные выделения из мочеиспускательного канала, резкую болезненность в области яичка. Холост. Имеет постоянного полового партнера.

При осмотре. Гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, гнойные выделения из уретры. При пальпации определяется увеличенный, плотный и болезненный придаток правого яичка.

При микроскопическом и культуральном исследовании обнаружены гонококки.

Диагностирован гонорейный эпидидимит.

1. Показания к проведению лечения.
2. Является ли обязательным лечение полового партнера?
3. Дифференциальный диагноз данного заболевания.
4. Схема лечения больного.

5. Контроль излеченности заболевания.

Задача № 4

К дерматовенерологу обратилась больная 32 лет с жалобами на слизисто-гнойные выделения из половых путей, болезненность при мочеиспускании, боль схваткообразного характера в области живота.

При осмотре. Гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, гнойные выделения из половых путей.

При бимануальном гинекологическом обследовании определяются увеличенные резко болезненные маточные трубы и яичники, укорочение свода влагалища.

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

Больной диагностирован гонококковый сальпингоофорит.

1. Какими методами лабораторного исследования проводится верификация гонококковой инфекции?
2. Когда назначается антибактериальное лечение больному гонореей?
3. Схема лечения больной.
4. Дифференциальная диагностика заболевания.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача № 5

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

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

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

Больному диагностирована свежая острая гонорея, острый передний уретрит.

1. Какие анамнестические данные необходимо выяснять у больных с подобным заболеванием?
2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Дифференциальная диагностика данного заболевания.
5. Цели лечения.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Особенности клинических проявлений гонореи у женщин.
2. Особенности клинических проявлений гонореи у мужчин.
3. Правила получения клинического материала для лабораторных исследований.
4. Дифференциальная диагностика осложнений гонореи.

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

1. Осложнения гонореи у женщин.
2. Осложнения гонореи у мужчин.
3. Тактика ведения больных с осложнениями гонореи.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/I_SBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
3	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
4	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017		
5	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063B	В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей	Красноярск : КрасГМУ, 2015		
6	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804B .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		
7	Гонококковая инфекция у взрослых и детей учеб. пособие	Яковлева Т.А., Прохоренков В.И., Максименко В.Г.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2014.		

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №40

**ТЕМА: «Гонококковая инфекция ротоглотки и глаз.
Диссеминированная гонорея»
Индекс темы ОД.О.01.1.3.40**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №40

Тема: «Гонококковая инфекция ротоглотки и глаз. Диссеминированная гонорея»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей экстаргенитальной и диссеминированной гонореи необходимо в практической работе дерматовенеролога.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- -готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: ознакомить обучающихся с клиническими проявлениями гонококковой инфекции ротоглотки и глаз, диссеминированной гонореи.

— знать:

- этиологические и патогенетические факторы развития гонореи.
- особенности клинических проявлений диссеминированной гонореи.

— уметь:

- провести пальпацию мочеиспускательного канала.
- провести пальпацию бульбоуретральных желёз.
- провести пальпацию семенных пузырьков и получение их секрета.
- провести двухстаканную пробу (проба Томпсона).
- провести трёхстаканную пробу Ядассона.

- владеть:
- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ДЛЯ ГОНОРЕЙНОГО СТОМАТИТА ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) развитие в результате орогенитального контакта
- 2) жжение слизистой полости рта
- 3) слизисто-гнойное отделяемое
- 4) неизменная слизистая полости рта
- 5) эрозии на слизистой полости рта

2. ОБЪЕКТИВНЫЕ И СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ГОНОРЕЙНОГО ПРОКТИТА (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) зуд анальной области
- 2) гнойно-кровянистые выделения
- 3) примесь крови и гноя в кале
- 4) боли при дефекации
- 5) отсутствие гонореи гениталий

3. К ДИССЕМНИРОВАННОЙ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) артрит
- 2) поражение глаз
- 3) поражение кожи
- 4) перигепатит
- 5) сепсис

4. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ГОНОРЕЙ ГЛАЗ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) отек век
- 2) экзофтальм
- 3) светобоязнь
- 4) гиперемия конъюнктивы
- 5) распадающаяся язва в роговой оболочке

5. К ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМ ФОРМАМ ГОНОРЕЙ ОТНОСЯТСЯ ГОНОРЕЙНЫЙ (УК-1, ПК-6)

- 1) проктит
- 2) цистит
- 3) пиелонефрит
- 4) тонзиллит
- 5) миозит

6. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГОНОКОККОВОЙ ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9)

- 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

7. В ЛЕЧЕНИИ ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ (УК-1, ПК-6)

- 1) цефтриаксон
- 2) спектиномицин
- 3) джозамицин
- 4) доксициклин
- 5) вильпрафен

8. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6)

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

9. ГОНОРЕЯ ГЛАЗ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ (УК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) континуитатно
- 2) распространения инфекции лимфогенным путем
- 3) распространения инфекции гематогенным путем
- 4) всего перечисленного
- 5) занесения инфекции в глаза загрязненными руками

10. ИЗВЕЩЕНИЯ ПО ФОРМЕ N 089/У-93 ЗАПОЛНЯЮТСЯ НА БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ, У КОТОРЫХ ДИАГНОЗ ПОДТВЕРЖДЕН (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5)

- 1) по выраженности клинических проявлений
- 2) уретроскопически
- 3) по данным конfrontации
- 4) по характеру выделений
- 5) бактериоскопически и бактериологически

5.2. Основные понятия и положения темы.

Гонококковая инфекция ротоглотки. У лиц обоего пола, как правило, отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы:

- чувство сухости в ротоглотке;
- боль, усиливающаяся при глотании;
- осиплость голоса.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин с зернистой поверхностью и пленчатыми наложениями.

Гонококковая инфекция глаз. У лиц обоего пола.

Субъективные симптомы:

- резкая болезненность пораженного глаза;
- слезотечение;
- отечность век;
- светобоязнь;
- обильное гнойное отделяемое в углах пораженного глаза.

Объективные симптомы:

- отечность век;
- гиперемия кожных покровов и слизистых оболочек пораженного глаза;
- обильное гнойное отделяемое в углах пораженного глаза.

Диссеминированная гонорейная инфекция (ДГИ). Распространение инфекции происходит обычно из первичного очага (мочеполовая сфера, прямая кишка, глотка), иногда из вторичных (суставы, кожа). ДГИ чаще осложняет малосимптомную, асимптомную, хроническую гонорею, при наличии изолированных очагов инфекции в простате, семенных пузырьках, придатке яичка, прямой кишке, глотке.

Гонорейный артрит, тендосиновит являются наиболее частыми и типичными проявлениями ДГИ. Встречаются у 90% больных с ДГИ. Теоретически может быть задействован любой сустав, но чаще всего поражаются крупные суставы нижних конечностей. Кроме коленного, голеностопного нередко поражается лучезапястный, межфаланговый, нижнечелюстной сустав.

Гонорейное поражение кожи, мышц и костей. Поражения кожи часто сочетаются с гонококковым артритом. Локализуются в области верхних и нижних конечностей. Излюбленная локализация - это дистальные участки конечностей, вокруг пораженных суставов. Элементы сыпи имеют размеры от 1-2 мм. до 2 см. в диаметре.

Гонорейное поражение мышц может быть первичным или вторичным в результате перехода воспаления с синовиальной оболочки сустава. Проявляется миалгией. Боли непостоянного характера, различные по длительности и интенсивности.

Гонорейное поражение костей - крайне редкое осложнение. Чаще проявляется гонорейным периоститом. Развивается вторично в случае перехода воспалительного процесса с сустава, сухожильного влагалища, суставной сумки. Клинически определяется ограниченное, болезненное утолщение на кости, над местом поражения кожа отечна, гиперемирована.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача № 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.

Задача № 2

К отоларингологу обратилась больная с жалобами на чувство сухости в ротоглотке, боль в горле, усиливающуюся при глотании.

Ведет беспорядочную половую жизнь. Практикует оральный секс.

При осмотре обнаружены гиперемия и отечность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин с зернистой поверхностью и пленчатыми наложениями.

При обследовании методом культуральной диагностики из ротоглотки обнаружены гонококки. Диагностирован гонококковый фарингит.

1. Какие антибиотики применяются для лечения гонококкового фарингита?
2. Требования к результатам проведенного лечения.
3. Контроль излеченности.
4. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача № 3

В гинекологическое отделение поступила больная с жалобами на резкую боль в животе, тошноту, рвоту, нарушение дефекации, слабость, повышение температуры тела до 39^о.

При осмотре характерный внешний вид – *facies hypocratica*, гектическая температура тела, гипотензия, олигурия, резкая болезненность живота при поверхностной пальпации, в нижних отделах определяется напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины; резкая болезненность при бимануальном гинекологическом обследовании.

При обследовании в мазках из цервикального канала, уретры и нижнего отдела прямой кишки обнаружены гонококки.

Диагностирован гонококковый пельвиоперитонит.

1. Какое лечение проводится при гонококковом пельвиоперитоните?
2. Цели лечения.
3. Дифференциальный диагноз гонококкового пельвиоперитонита.
4. Тактика в отношении половых партнеров.
5. Требования к результатам лечения.

Задача № 4

К дерматовенерологу обратился больной с жалобами на гнойные выделения из мочеиспускательного канала, дизурию, боль в промежности с иррадиацией в область прямой кишки.

При обследовании отмечаются гнойные выделения из уретры, гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, при пальпации определяется увеличенный, плотный и болезненный придаток яичка. Методом микроскопического исследования в мазках из уретры обнаружены гонококки.

Диагностирован гонорейный эпидидимоорхит.

1. Какие анамнестические данные необходимо выяснить у больного?
2. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
3. Дифференциальный диагноз заболевания.
4. Назначьте лечение больному.
5. Контроль излеченности заболевания.

Задача № 5

К дерматовенерологу обратился больной 29 лет с жалобами на гнойные выделения из мочеиспускательного канала, резкую болезненность в области яичка. Холост. Имеет постоянного полового партнера.

При осмотре. Гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, гнойные выделения из уретры. При пальпации определяется увеличенный, плотный и болезненный придаток правого яичка.

При микроскопическом и культуральном исследовании обнаружены гонококки.

Диагностирован гонорейный эпидидимит.

1. Показания к проведению лечения.
2. Является ли обязательным лечение полового партнера?
3. Дифференциальный диагноз данного заболевания.
4. Схема лечения больного.
5. Контроль излеченности заболевания.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Этиологические и патогенетические факторы развития гонореи.
2. Особенности клинических проявлений экстрагенитальной гонореи.
3. Особенности клинических проявлений диссеминированной гонореи.
4. Дифференциальная диагностика гонореи.

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

1. Поражения кожи, костей и суставов при гонореи.
2. Проявления экстрагенитальной гонореи.
3. Особенности проявлений экстрагенитальной гонореи у детей.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/I/SBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
3	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
4	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017		
5	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063B	В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей	Красноярск : КрасГМУ, 2015		
6	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804B .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		
7	Гонококковая инфекция у взрослых и детей учеб. пособие	Яковлева Т.А., Прохоренков В.И., Максименко В.Г.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2014.		

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента

4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

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

Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №41

**ТЕМА: «Гонорея. Диагностика. Лечение.
Контроль излеченности»**

Индекс темы ОД.О.01.1.3.41

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №41

Тема: «Гонорея. Диагностика. Лечение. Контроль излеченности»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание диагностики гонореи необходимо для проведения адекватной терапии и проведения профилактических мероприятий.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению гонококковой инфекции.

— знать:

- особенности диагностики гонореи у взрослых и детей.
- схемы лечения гонореи у взрослых.
- особенности лечения гонореи у детей.
- проведение контроля излеченности гонореи.

— уметь:

- провести пальпацию мочеиспускательного канала.
- провести пальпацию бульбоуретральных желёз.
- провести пальпацию семенных пузырьков и получение их секрета.
- провести двухстаканную пробу (проба Томпсона).
- провести трёхстаканную пробу Ядассона.

- владеть:
- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данные заболевания.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ЛЕЧЕНИЕ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА ПРОВОДИТСЯ (УК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) цефтриаксоном
- 2) спектиномицином
- 3) доксициклином
- 4) цефиксимом
- 5) джозамицином

2. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

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

3. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, БОЛЬНЫХ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПРОВОДИТСЯ АНТИБИОТИКОМ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

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

4. ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) исключение реинфекции
- 2) определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам
- 3) назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов
- 4) проведение системной энзимотерапии
- 5) назначение иммуномодулирующей терапии

5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ С (УК-1, ПК-6)

- 1) трихомонадозом
- 2) микоплазмозом

- 3) кандидозом
- 4) хламидиозом
- 5) со всеми перечисленными

6. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГОНОКОККОВОЙ ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6)

- 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

7. В ЛЕЧЕНИИ ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) цефтриаксон
- 2) спектиномицин
- 3) джозамицин
- 4) доксициклин
- 5) вильпрафен

8. ЛЕЧЕНИЕ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА ПРОВОДИТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) цефтриаксоном
- 2) спектиномицином
- 3) доксициклином
- 4) цефиксимом
- 5) джозамицином

9. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, БОЛЬНЫХ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПРОВОДИТСЯ АНТИБИОТИКОМ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

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

10. ПРИ ОСТРОЙ И ПОДОСТРОЙ ФОРМАХ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ ПОКАЗАНА ТЕРАПИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) гоновакциной
- 2) местным лечением
- 3) антибиотиками
- 4) трихополом
- 5) пирогеналом

11. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ОДНОВРЕМЕННОГО НАЗНАЧЕНИЯ НЕСКОЛЬКИХ АНТИБИОТИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) осложненная и восходящая гонорея
- 2) хроническая гонорея
- 3) острая гонорея
- 4) свежая, торпидно протекающая гонорея
- 5) рецидивирующая гонорея

5.2. Основные понятия и положения темы.

Верификация диагноза гонококковой инфекции базируется на результатах лабораторных исследований с помощью методов:

- микроскопического исследования препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму. Метод обладает высокой чувствительностью (90–100%) и специфичностью (90–100%) при исследовании уретрального отделяемого у мужчин с манифестными проявлениями. Характеризуется низкой чувствительностью (45–64%) при исследовании цервикальных, фарингеальных и ректальных проб, а также при бессимптомной инфекции;

- культурального исследования с использованием селективных питательных сред и определением ферментативных свойств *N. gonorrhoeae* (оксидазный тест и тесты ферментации сахаров). Является наиболее достоверным методом диагностики, позволяющим определять чувствительность гонококков к антимикробным препаратам;

- молекулярно-биологических методов исследования, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *N. gonorrhoeae*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. У девочек до наступления менархе диагноз гонококковой инфекции устанавливается на основании результатов культурального и/или молекулярно-биологических методов исследования.

При предполагаемой локализации гонококковой инфекции в ротоглотке, прямой кишке и структурах глаза для верификации диагноза рекомендуется проведение культуральной диагностики.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения:

- эрадикация *N. gonorrhoeae*;
- исчезновение клинических симптомов заболевания;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

Схемы лечения

Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта (А54.0), гонококкового фарингита (А 54.5) и гонококковой инфекции аноректальной области (А 54.6):

- цефтриаксон 250 мг однократно внутримышечно или

- цефиксим 400 мг однократно внутрь или

- спектиномицин 2,0 г однократно внутримышечно (только для Уральского федерального округа).

Лечение гонококковой инфекции глаз (А 54.3) у взрослых:

- цефтриаксон 1,0 г однократно внутримышечно.

Лечение гонококковой инфекций нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез (А 54.1), гонококкового пельвиоперитонита и другой гонококковой инфекций мочеполовых органов (А 54.2):

- цефтриаксон 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в течение 14 дней или
- цефотаксим 1,0 внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней или
- спектиномицин 2,0 г внутримышечно каждые 12 часов (только для Уральского федерального округа).

Через 24–48 часов после начала парентеральной антибактериальной терапии, при условии исчезновения клинических симптомов заболевания, возможно продолжение терапии по схеме:

- цефиксим 400 мг внутрь 2 раза в сутки с общей продолжительностью терапии – 14 дней.
- Профилактика гонококковой офтальмии новорожденных. Профилактику офтальмии следует проводить всем новорожденным сразу же после рождения одним из нижеуказанных препаратов:

- сульфацил-натрия 30% раствор однократно (девочкам – с дополнительной обработкой половых органов)

или

- нитрат серебра 1%-й водный раствор однократно

или

- эритромицин 0,5%-я глазная мазь однократно

или

- тетрациклин 1 %-я глазная мазь однократно.

Профилактическое лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных гонококковой инфекцией:

- цефтриаксон – 25–50 мг/кг массы тела (но не более 125 мг) внутримышечно однократно.

Требования к результатам лечения

- эрадикация *N. gonorrhoeae*;
- клиническое выздоровление.

КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Установление излеченности гонококковой инфекции проводится на основании культурального метода исследования через 14 дней после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ

- исключение реинфекции;
- определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам;
- назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

У больного через семь дней после половой связи с женщиной появились обильные гнойные выделения из уретры, рези при мочеиспускании. Спустя три дня стал отмечать боли в области правого коленного сустава. При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, выделения свободные, гнойные; сустав увеличен в размере, кожа гиперемирована, при активном движении болезненность. Больной холост.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Как обозначить диагноз по МКБ-10?
4. Назначьте лечение.
5. Дальнейшее ведение пациента.

Задача №2

Мужчина 35 лет обратился к венерологу по поводу гнойных выделений из уретры, рези при мочеиспускании. Половая связь с незнакомой женщиной 10 дней назад. Женат 3 года; половые связи с женой отрицает в течение последнего месяца (командировка).

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Назначьте лечение.
4. Тактика по отношению к жене.
5. Дальнейшее ведение пациента.

Задача №3

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

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

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

Больному диагностирована Свежая острая гонорея. Острый передний уретрит.

1. Какие анамнестические данные необходимо выяснять у больных с подобным заболеванием?
2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Дифференциальная диагностика данного заболевания
5. Цели лечения.

Задача №4

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

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

При осмотре в гинекологических зеркалах: Гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища. Слизисто – гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища.

Отечность, гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто – гнойные выделения из цервикального канала.

Диагностирован свежий подострый эндоцервицит, уретрит гонорейной этиологии.

1. Пути инфицирования данным заболеванием у мужчин, женщин и детей?
2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у женщин?
3. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?
4. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.
5. Ведение половых партнеров.

Задача №5

У мужчины 40 лет, вызванного на обследование в качестве полового партнера больной хронической гонореей. При осмотре: Губки уретры не изменены, после легкого массажа уретры появилась слизисто-гнойная капля. Субъективных расстройств не отмечает. В мазках их уретры обнаружены гонококки. Первая порция мочи прозрачная, множественные мелкие хлопья, оседающие на дно, вторая- прозрачная, чистая.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у мужчин?
4. Какой этиологии бывают венерические уретриты?
5. Пути инфицирования данным заболеванием у мужчин, женщин и детей?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Методы лабораторного исследования гонореи.
2. Показания к проведению лечения гонореи.
3. Схемы лечения гонореи у взрослых и детей.

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

1. Особенности анамнеза больных инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП).
2. Показания к обследованию на ИППП.
3. Клинический материал для лабораторных исследований.
4. Правила получения клинического материала для лабораторных исследований.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	БД MedArt		Электронная	3	

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
			библиотека КрасГМУ 2015		
2.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015	3	
3.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015	3	
4.	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804 В. И.	Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		
5.	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. . - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063	В. В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей.	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №42

**ТЕМА: «Урогенитальный хламидиоз. Этиология. Патогенез. Эпидемиология.
Клинические проявления у мужчин, женщин и детей»**

Индекс темы ОД.О.01.1.3.42

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №42

Тема: «Урогенитальный хламидиоз. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клинические проявления у мужчин, женщин и детей»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики хламидиоза необходимо дерматовенерологам, учитывая очень большую распространенность, полиорганность поражения, возникновение осложнений у больных.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: изучить основные клинические проявления хламидийной инфекции у взрослых и детей.

- знать:
 - этиологические и патогенетические факторы развития хламидиоза.
 - классификацию хламидийной инфекции.
 - особенности клинических проявлений и течения хламидиоза у взрослых и детей.
- уметь:
 - провести пальпацию мочеиспускательного канала.
 - провести пальпацию бульбоуретральных желёз.
 - провести пальпацию семенных пузырьков и получение их секрета.
- владеть:
 - диагностическими тестами, позволяющими верифицировать хламидиоз.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. К СЕМЕЙСТВАМ ПОРЯДКА CHLAMYDIALES ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5)

- 1) семейство Chlamydiaceae
- 2) семейство Parachlamydiaceae
- 3) семейство Simkaniaceae
- 4) семейство Waddliaceae
- 5) семейства Chlamydiaceae, Parachlamydiaceae, Simkaniaceae, Waddliaceae

2. К ВИДАМ ПОРЯДКА CHLAMYDIALES ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5)

- 1) Chlamydia, Chlamydophila
- 2) Parachlamydia
- 3) Simkania
- 4) Waddlia
- 5) Chlamydia, Chlamydophila, Parachlamydia, Simkania, Waddlia

3. ПУТЯМИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ХЛАМИДИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) плода - антеинтранатальный
- 2) воздушно-капельный
- 3) половой
- 4) половой; инфицирование плода анте-интранатально
- 5) инфицирование плода анте-интранатально; воздушно-капельный, половой

4. К ФОРМАМ СУЩЕСТВОВАНИЯ ХЛАМИДИЙ ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-6)

- 1) вульгарные тельца
- 2) элементарные тельца
- 3) ретикулярные тельца
- 4) элементарные тельца, ретикулярные тельца
- 5) вульгарные, элементарные, ретикулярные тельца

5. У МУЖЧИН ХЛАМИДИИ ВЫЗЫВАЮТ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) уретрит
- 2) эпидидимит, простатит
- 3) конъюнктивит
- 4) болезнь Рейтера
- 5) уретрит, эпидидимит, простатит, конъюнктивит, болезнь Рейтера

6. У ЖЕНЩИН ХЛАМИДИИ ВЫЗЫВАЮТ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) уретрит
- 2) бартолинит
- 3) эндоцервицит
- 4) эндометрит
- 5) уретрит; бартолинит, эндоцервицит, эндометрит

7. ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) микробиологического исследования (выделение чистой культуры возбудителя)
- 2) ПИФ
- 3) ПЦР, микробиологического исследования
- 4) ИФА
- 5) микроскопического исследования

8. МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ХЛАМИДИИ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) соскоб из уретры или цервикального канала (у девочек - из вульвы)
- 2) соскоб с конъюнктивы
- 3) секрет простаты
- 4) осадок мочи
- 5) соскоб из уретры или цервикального канала (у девочек - из вульвы), соскоб с конъюнктивы, секрет простаты, осадок мочи

9. В ЛЕЧЕНИИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НАИМЕНЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) антибиотики тетрациклинового ряда
- 2) макролиды
- 3) сульфопрепараты
- 4) антибиотики тетрациклинового ряда, макролиды
- 5) антибиотики тетрациклинового ряда, макролиды, сульфопрепараты

10. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) окраска мазков метиленовым синим
- 2) окраска мазков по Граму
- 3) выделение возбудителя на клетках Мак-Коя
- 4) окраска мазков по Романовскому-Гимзе
- 5) реакция Колмера

5.2. Основные понятия и положения темы.

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 - А56., А74.0

Хламидийная инфекция – инфекционное заболевание, передаваемое половым путем, возбудителем которого является *Chlamydia trachomatis*. *Chlamydia trachomatis* – грамотрицательная внутриклеточная бактерия, относящаяся к порядку Chlamydiales, семейству Chlamydiaceae, роду Chlamydia. Серотипы *Chlamydia trachomatis* А, В, Ва, С – возбудители трахомы; D–К –урогенитального хламидиоза; L1, L2, L3 – венерической лимфогранулемы.

КЛАССИФИКАЦИЯ

А 56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта

Хламидийный: цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит

А 56.1 Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов

■ Хламидийный(ые):

- эпидидимит (N51.1)
- воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (N74.4)
- орхит (N51.1)
- А 56.3 Хламидийная инфекция аноректальной области
- А 56.4 Хламидийный фарингит
- А 56.8 Хламидийные инфекции, передаваемые половым путем, другой локализации
- А 74.0 Хламидийный конъюнктивит (H13.1*)

ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

У мужчин и женщин:

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

У детей:

- антенатальный;
- прохождение через родовые пути больной матери;
- половой контакт.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта (А 56.0)

Женщины

Более чем у 50% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы:

- слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- межменструальные кровянистые выделения;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт или боль в нижней части живота.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное уретральное отделяемое;
- отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизистогнойные выделения из цервикального канала.

Мужчины

Субъективные симптомы:

- слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт, зуд, жжение в области уретры;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса);
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;
- слизисто-гнойные или слизистые выделения из уретры.

Дети

Субъективные симптомы:

- слизисто-гнойные выделения из половых путей;

- зуд и/или жжение в области наружных половых органов;
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизистое или слизисто-гнойное уретральное отделяемое;
- гиперемия слизистой оболочки вульвы, влагалища; слизисто-гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища и из цервикального канала.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

У больного через несколько дней после половой связи с посторонней женщиной появились необильные слизистые выделения из уретры, рези при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, скудные уретральные выделения.

При обследовании:

Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *S. trachomatis*

Больному диагностирован Урогенитальный хламидиоз (хламидийный уретрит).

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Цели лечения.
5. Назначьте лечение больному.

Задача №2

Женщина 30 лет обратилась к венерологу по поводу слизисто-гнойных выделений из влагалища. Половая связь с незнакомым мужчиной 10 дней назад.

При осмотре в гинекологических зеркалах: Гиперемия и отечность слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, слизисто-гнойное уретральное отделяемое.

При обследовании: Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *S. trachomatis*

Диагностирован урогенитальный хламидиоз (цервицит, уретрит).

1. Какие субъективные симптомы характерны для данного заболевания у женщин?
2. Необходимые лабораторные исследования при данном заболевании
3. Назначьте лечение больной
4. Контроль излеченности.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №3

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для исключения инфекции, передаваемой половым путем.

Жалобы на слизисто – гнойные выделения из влагалища. Половая связь с постоянным половым партнером 5 дней назад. В анамнезе невынашивание беременности.

При осмотре: отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

При обследовании: Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *S. trachomatis*

Больной диагностирован урогенитальный хламидиоз(хламидийный цервицит)

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Дифференциальная диагностика заболевания.
3. Лечение беременных женщин.
4. Требования к результатам лечения.
5. Контроль излеченности.

Задача №4

У ребенка 4 лет диагностирован хламидийный уретрит, вульвовагинит.

1. Какие субъективные симптомы характерны для данного заболевания у детей?
2. Необходимые лабораторные исследования при данном заболевании
3. Назначьте лечение
4. Цели лечения
5. Общие замечания по фармакотерапии.

Задача №5

К венерологу обратился мужчина 32 лет с жалобами на слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, дизурию, боль в промежности с иррадиацией в область прямой

кишки, в нижней части живота, в области мошонки.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала.

При пальпации определяется увеличенный, плотный и болезненный придаток яичка

При обследовании: Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *S. Trachomatis*

Больному диагностирован Хламидийный эпидидимоорхит , хламидийный уретрит.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Пути инфицирования у мужчин и женщин
3. Назначить лечение больному
4. Требования к результатам лечения
5. Контроль излеченности

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Этиологические и патогенетические факторы развития хламидийной инфекции.
2. Классификация хламидиоза.
3. Особенности клинических проявлений хламидиоза у взрослых и детей.

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

1. Клинические проявления хламидийной инфекции у взрослых и детей.
2. Дифференциальная диагностика хламидийной инфекции.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015	3	
2.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ	3	
3.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804 В. И.	Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		
5.	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. . - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063	В. В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей.	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	<u>Дерматовенерология</u> [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №43

ТЕМА: «Урогенитальный хламидиоз. Диагностика. Лечение»

Индекс темы ОД.О.01.1.3.43

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск 2018

1. Занятие №43

Тема: «Урогенитальный хламидиоз. Диагностика. Лечение»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики хламидиоза необходимо дерматовенерологам для проведения адекватного лечения.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению хламидийной инфекции.

— знать:

- диагностические критерии хламидийной инфекции.
- схемы лечения хламидиоза у взрослых и детей.

— уметь:

- провести пальпацию мочеиспускательного канала.
- провести пальпацию бульбоуретральных желёз.
- провести пальпацию семенных пузырьков и получение их секрета.

— владеть:

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать хламидиоз.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. К СЕМЕЙСТВАМ ПОРЯДКА CHLAMYDIALES ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5)

- 1) семейство Chlamydiaceae
- 2) семейство Parachlamydiaceae
- 3) семейство Simkaniaceae
- 4) семейство Waddliaceae
- 5) семейства Chlamydiaceae, Parachlamydiaceae, Simkaniaceae, Waddliaceae

2. К ВИДАМ ПОРЯДКА CHLAMYDIALES ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5)

- 1) Chlamydia, Chlamydophila
- 2) Parachlamydia
- 3) Simkania
- 4) Waddlia
- 5) Chlamydia, Chlamydophila, Parachlamydia, Simkania, Waddlia

3. ПУТЯМИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ХЛАМИДИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) плода - анте-и интранатальный
- 2) воздушно-капельный
- 3) половой
- 4) половой; инфицирование плода анте-интранатально
- 5) инфицирование плода анте-интранатально; воздушно-капельный, половой

4. К ФОРМАМ СУЩЕСТВОВАНИЯ ХЛАМИДИЙ ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-6)

- 1) вульгарные тельца
- 2) элементарные тельца
- 3) ретикулярные тельца
- 4) элементарные тельца, ретикулярные тельца
- 5) вульгарные, элементарные, ретикулярные тельца

5. У МУЖЧИН ХЛАМИДИИ ВЫЗЫВАЮТ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) уретрит
- 2) эпидидимит, простатит
- 3) конъюнктивит
- 4) болезнь Рейтера
- 5) уретрит, эпидидимит, простатит, конъюнктивит, болезнь Рейтера

6. У ЖЕНЩИН ХЛАМИДИИ ВЫЗЫВАЮТ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) уретрит
- 2) бартолинит
- 3) эндоцервицит
- 4) эндометрит
- 5) уретрит; бартолинит, эндоцервицит, эндометрит

7. ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ (УК-1 ,ПК-1, ПК-6)

- 1) микробиологического исследования (выделение чистой культуры возбудителя)
- 2) ПИФ
- 3) ПЦР, микробиологического исследования
- 4) ИФА
- 5) микроскопического исследования

8. МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ХЛАМИДИИ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) соскоб из уретры или цервикального канала (у девочек - из вульвы)
- 2) соскоб с конъюнктивы
- 3) секрет простаты
- 4) осадок мочи
- 5) соскоб из уретры или цервикального канала (у девочек - из вульвы), соскоб с конъюнктивы, секрет простаты, осадок мочи

9. В ЛЕЧЕНИИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НАИМЕНЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) антибиотики тетрациклинового ряда
- 2) макролиды
- 3) сульфопрепараты
- 4) антибиотики тетрациклинового ряда, макролиды
- 5) антибиотики тетрациклинового ряда, макролиды. сульфопрепараты

10. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) окраска мазков метиленовым синим
- 2) окраска мазков по Граму
- 3) выделение возбудителя на клетках Мак-Коя
- 4) окраска мазков по Романовскому-Гимзе
- 5) реакция Колмера

5.2. Основные понятия и положения темы.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Верификация диагноза гонококковой инфекции базируется на результатах лабораторных исследований с помощью одного из методов:

■ молекулярно-биологических, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *S. trachomatis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. Чувствительность методов составляет 98–100%, специфичность – 100%. На чувствительность исследования могут влиять различные ингибирующие факторы, вследствие которых возможны ложноотрицательные результаты. Ввиду высокой чувствительности методы предъявляют высокие требования к организации и режиму работы лаборатории для исключения контаминации клинического материала;

■ выделения *C. trachomatis* в культуре клеток. Метод не рекомендуется применять в рутинных исследованиях и для установления этиологии бесплодия.

Другие методы лабораторных исследований, в том числе прямая иммунофлюоресценция (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) для обнаружения антител к *C. trachomatis*, микроскопический и морфологический методы недопустимо использовать для диагностики хламидийной инфекции.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к проведению лечения. Показанием к проведению лечения является идентификация *C. Trachomatis* с помощью молекулярно-биологических методов или культурального метода у пациента либо у его полового партнера.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

Цели лечения:

- эрадикация *C. trachomatis*;
- клиническое выздоровление;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

Схемы лечения

Лечение хламидийной инфекции нижнего отдела мочеполовой системы (A56.0), аноректальной области (A 56.3), хламидийного фарингита (A 56.4), хламидийного конъюнктивита (A 74.0)

Препараты выбора:

- доксициклина моногидрат 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней
или
- джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней
или
- азитромицин 1,0 г внутрь однократно.

Альтернативные препараты:

- левофлоксацин 500 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 7 дней
или
- офлоксацин 400 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней.

Лечение хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов (A 56.1, A 56.8). Длительность курса терапии зависит от степени клинических проявлений воспалительных процессов мочеполовых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований. В зависимости от вышеперечисленных факторов длительность терапии может варьировать от 14 до 21 дня.

Препараты выбора:

- доксициклина моногидрат 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 14-21 дней
или
- джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 14–21 дней.

Альтернативные препараты:

- левофлоксацин 500 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 14–21 дней
или
- офлоксацин 400 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 14–21 дней.

Лечение беременных:

- джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней.

Лечение детей (с массой тела менее 45 кг):

- джозамицин 50 мг/кг массы тела в сутки, разделенные на 3 приема, в течение 7 дней.

Требования к результатам лечения

- эрадикация *C. trachomatis*;
- клиническое выздоровление.

КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Установление излеченности хламидийной инфекции на основании культурального метода исследования и методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ

- исключение реинфекции;
- назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

У больного через несколько дней после половой связи с посторонней женщиной появились необильные слизистые выделения из уретры, рези при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, скудные уретральные выделения.

При обследовании:

Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *C. trachomatis*

Больному диагностирован Урогенитальный хламидиоз (хламидийный уретрит).

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Цели лечения.
5. Назначьте лечение больному.

Задача №2

Женщина 30 лет обратилась к венерологу по поводу слизисто-гнойных выделений из влагалища. Половая связь с незнакомым мужчиной 10 дней назад.

При осмотре в гинекологических зеркалах: Гиперемия и отечность слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, слизисто-гнойное уретральное отделяемое.

При обследовании: Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *C. trachomatis*

Диагностирован урогенитальный хламидиоз (цервицит, уретрит).

1. Какие субъективные симптомы характерны для данного заболевания у женщин?
2. Необходимые лабораторные исследования при данном заболевании
3. Назначьте лечение больной

4. Контроль излеченности.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №3

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для исключения инфекции, передаваемой половым путем.

Жалобы на слизисто – гнойные выделения из влагалища. Половая связь с постоянным половым партнером 5 дней назад. В анамнезе невынашивание беременности.

При осмотре: отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

При обследовании:

Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *S. trachomatis*

Больной диагностирован урогенитальный хламидиоз(хламидийный цервицит)

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Дифференциальная диагностика заболевания.
3. Лечение беременных женщин.
4. Требования к результатам лечения.
5. Контроль излеченности.

Задача №4

У ребенка 4 лет диагностирован хламидийный уретрит, вульвовагинит.

1. Какие субъективные симптомы характерны для данного заболевания у детей?
2. Необходимые лабораторные исследования при данном заболевании
3. Назначьте лечение
4. Цели лечения
5. Общие замечания по фармакотерапии.

Задача №5

К венерологу обратился мужчина 32 лет с жалобами на слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, дизурию, боль в промежности с иррадиацией в область прямой кишки, в нижней части живота, в области мошонки.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала.

При пальпации определяется увеличенный, плотный и болезненный придаток яичка.

При обследовании: Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *S. trachomatis*

Больному диагностирован Хламидийный эпидидимоорхит , хламидийный уретрит.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Пути инфицирования у мужчин и женщин
3. Назначить лечение больному
4. Требования к результатам лечения
5. Контроль излеченности

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Диагностические тесты, позволяющие верифицировать хламидиоз.
2. Схемы лечения хламидиоза.

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

1. Схемы лечения хламидийной инфекции у взрослых и детей.
2. Контроль излеченности хламидийной инфекции.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
6.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015	3	
7.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015	3	
8.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
9.	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа:				

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
	http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063				

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	<u>Дерматовенерология</u> [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №44

**ТЕМА: «Урогенитальный трихомониаз. Этиология. Патогенез. Эпидемиология.
Клинические проявления у мужчин, женщин и детей»**

Индекс темы ОД.О.01.1.3.44

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №44

Тема: «Урогенитальный трихомониаз. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клинические проявления у мужчин, женщин и детей»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей, дифференциальной диагностики трихомониаза необходимо дерматовенерологам в повседневной практической работе.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
 - -готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
 - готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
 - учебная: изучить основные клинические проявления трихомониаза у взрослых и детей.
- знать:
 - этиологические и патогенетические факторы развития трихомониаза.
 - классификацию трихомонадной инфекции.
 - особенности клинических проявлений и течения трихомониаза у взрослых и детей.
- уметь:
 - провести микроскопическое исследование трихомонады.
 - провести исследование секрета предстательной железы.
 - провести пальпацию семенных пузырьков и получение их секрета.

- владеть:
- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать трихомониаз.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. СОГЛАСНО МКБ-10 К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ТРИХОМОНИАЗА ОТНОСЯТСЯ (УК-1 ,ПК-5, ПК-6)

- 1) уrogenитальный трихомоноз
- 2) трихомоноз других локализаций
- 3) мочеполовой трихомоноз
- 4) уrogenитальный трихомоноз, трихомоноз других локализаций
- 5) уrogenитальный трихомоноз, трихомоноз других локализаций, мочеполовой трихомоноз

2. ИНФИЦИРОВАНИЕ ТРИХОМОНИАЗОМ ПРОИСХОДИТ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) половым путем
- 2) у детей при прохождении через родовые пути больной матери
- 3) у детей контактно-бытовым путем
- 4) половым; у детей - интранатальным и контактно-бытовым путем
- 5) через воду

3. ДЛЯ ТРИХОМОНИАЗА У ЖЕНЩИН ХАРАКТЕРНЫ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) выделения из половых путей, нередко – пенистые, с неприятным запахом
- 2) диспареуния, дизурия
- 3) зуд/жжение в области наружных половых органов
- 4) выделения из половых путей, нередко – пенистые, с неприятным запахом; диспареуния, дизурия; зуд/жжение в области наружных половых органов
- 5) выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом; зуд/жжение в области наружных половых органов

5. ДЛЯ ТРИХОМОНИАЗА У МУЖЧИН ХАРАКТЕРНЫ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) слизистые выделения из уретры
- 2) боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку
- 3) диспареуния и дизурия, редко – гематоспермия
- 4) слизистые выделения из уретры, диспареуния и дизурия, редко – гематоспермия
- 5) слизистые выделения из уретры; боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку; диспареуния и дизурия, редко – гематоспермия

6. ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ, БОЛЬНЫХ ТРИХОМОНИАЗОМ, ПРОВОДИТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) на любом сроке
- 2) в первом триместре
- 3) во втором триместре

- 4) в третьем триместре
- 5) не проводится

7. ВОЗМОЖНЫМ ПУТЕМ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТРИХОМОНАД В ОРГАНИЗМЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) лимфогенный
- 2) гематогенный
- 3) континуитатный
- 4) антиперистальтический
- 5) верно 1) и 2)

8. ОБЩИМИ ЖАЛОБАМИ ДЛЯ ТРИХОМОНИАЗА И БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) выделения из влагалища
- 2) неприятный запах отделяемого
- 3) зуд, жжение или чувство дискомфорта в области наружных половых органов
- 4) эрозии на слизистых оболочках гениталий
- 5) все перечисленное

9. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ТРИХОМОНИАЗА У РЕБЕНКА ПОДЛЕЖАТ ОБСЛЕДОВАНИЮ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6)

- 1) мать и отец
- 2) другие члены семьи, ухаживающие за ребенком (бабушка, сестра)
- 3) персонал группы детского дошкольного учреждения (воспитательница, няня)
- 4) дети, посещающие группу дошкольного детского учреждения
- 5) все перечисленные

10. ДИАГНОЗ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОДТВЕРЖДЕН (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) окраской мазков по Папаниколау
- 2) окраской мазков по Цилю-Нильсону
- 3) окраской мазков бриллиантовым зеленым
- 4) кожной пробой
- 5) микроскопией нативного препарата

5.2. Основные понятия и положения темы.

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 - А59.

Урогенитальный трихомониаз – инфекция, передаваемая половым путем, возбудителем которой является простейший одноклеточный паразит – *Trichomonas vaginalis*.

Урогенитальный трихомониаз является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). В структуре всех ИППП трихомониаз занимает одно из первых мест и лидирует по частоте выявления у лиц, обратившихся за специализированной дерматовенерологической, акушерско-гинекологической и урологической помощью по поводу инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта. В Российской Федерации за последние 5 лет отмечено снижение

уровня заболеваемости с 199,5 на 100 000 населения в 2006 году до 112,2 на 100 000 населения в 2011 году.

КЛАССИФИКАЦИЯ

A59.0 Урогенитальный трихомоноз

A59.8 Трихомоноз других локализаций

ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

У мужчин и женщин:

- половой контакт.

У детей:

- прохождение через родовые пути больной матери;
- половой контакт;
- контактно-бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Женщины

У 10–30% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы:

- выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом;
- зуд/жжение в области наружных половых органов;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт и/или боль в нижней части живота.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища;
- зелено-желтые, жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным запахом;
- эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых органов и/или кожи внутренней поверхности бедер;
- петехиальные кровоизлияния на слизистой оболочке влагалищной части шейки матки («клубничная» шейка матки).

К основным осложнениям трихомонадной инфекции у женщин относятся: развитие воспалительных заболеваний органов малого таза (сальпингоофорита, эндометрита), пельвиоперитонита, цистита и пиелонефрита. Урогенитальный трихомоноз может неблагоприятно влиять на беременность и ее исход.

Мужчины

У 45–50% мужчин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы:

- слизистые выделения из уретры;
- зуд/жжение в области уретры;
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- гематоспермия (редко);
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность в области наружного отверстия уретры;

- скудные или умеренные уретральные выделения;
- эрозивно-язвенные поражения кожи головки полового члена.

К основным осложнениям трихомонадной инфекции у мужчин относятся развитие трихомонадного простатита и везикулита.

Дети

Субъективные симптомы:

- выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом;
- зуд/жжение в области наружных половых органов;
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт и/или боль в нижней части живота.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия уретры, вульвы, влагалища;
- зелено-желтые, жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным запахом;
- эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых органов и/или кожи внутренней поверхности бедер;
- петехиальные кровоизлияния на слизистой оболочке влагалищной части шейки матки («клубничная» шейка матки).

Для девочек препубертатного возраста, как правило, характерны выраженные воспалительные симптомы со стороны наружных половых органов.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

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

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

При обследовании: Микроскопическим исследованием нативного препарата из цервикального канала, боковых и заднего свода влагалища обнаружены трихомонады.

Диагностирован урогенитальный трихомониаз.

1. Какие субъективные симптомы характерны для данного заболевания у женщин?
2. Необходимые лабораторные исследования при данном заболевании
3. Назначьте лечение больной
4. Контроль излеченности.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №2

Женщина 25 лет обратилась к венерологу по поводу выделений из влагалища, болезненность во время половых контактов. Половая связь с незнакомым мужчиной 5 дней назад.

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

При обследовании: Микроскопическим исследованием нативного препарата из цервикального канала, боковых и заднего свода влагалища обнаружены трихомонады.

Диагностирован урогенитальный трихомониаз.

1. Какие объективные симптомы характерны для данного заболевания у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
3. Назначьте лечение больной
4. Требования к результатам лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №3

У больного через несколько дней после половой связи с посторонней женщиной появились необильные слизистые выделения из уретры, рези при мочеиспускании.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, скудные уретральные выделения.

При обследовании: Микроскопическое исследование клинического материала из уретры: (препарат окрашен по Романовскому-Гимзе) -обнаружены трихомонады. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *T.vaginalis* . Больному диагностирован Урогенитальный трихомониаз.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Цели лечения.
5. Назначьте лечение больному.

Задача №4

На консультацию к венерологу направлена девочка 10 лет. Жалобы на выделения из половых путей серо-желтого цвета, зуд в области наружных половых органов, болезненность при мочеиспускании.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, скудные уретральные выделения, зелено-желтые, жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным запахом; эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых органов и кожи внутренней поверхности бедер.

При обследовании: Микроскопическое исследование клинического материала из уретры и влагалища: (препарат окрашен по Романовскому-Гимзе) -обнаружены трихомонады.

Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *T.vaginalis* .

Больной диагностирован Урогенитальный трихомониаз.

1. Пути инфицирования у детей.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у детей?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза у детей?
4. Особенности лечения детей.
5. Требования к результатам лечения.

Задача №5

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для исключения инфекции, передаваемой половым путем.

Жалобы на слизисто – гнойные выделения из влагалища. Половая связь с постоянным половым партнером 5 дней назад.

При осмотре: отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, зелено-желтые выделения из влагалища .

При обследовании:

В отделяемом уретры , в мазке из влагалища обнаружены трихомонады.

В отделяемом цервикального канала обнаружены 10 полиморфноядерных лейкоцитов

Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *T.vaginalis*.

Больной диагностирован урогенитальный трихомониаз.

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Осложнения трихомонадной инфекции у женщин.
3. Лечение беременных женщин.
4. Требования к результатам лечения.
5. Контроль излеченности.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Этиологические и патогенетические факторы развития трихомонадной инфекции.
2. Классификация трихомониаза.
3. Особенности клинических проявлений трихомониаза у взрослых и детей.

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

1. Клинические проявления трихомонадной инфекции у взрослых и детей.
2. Дифференциальная диагностика трихомонадной инфекции.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015	3	

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
2.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015	3	
3.	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804 В. И.	Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		
4.	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. . - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063	В. В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	<u>Дерматовенерология</u> [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature

10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №45

**ТЕМА: «Урогенитальный трихомониаз.
Диагностика. Схемы лечения»**

Индекс темы ОД.О.01.1.3.45

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск 2018

1. Занятие №45

Тема: «Урогенитальный трихомониаз. Диагностика. Схемы лечения»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей, дифференциальной диагностики, лечения трихомониаза необходимо дерматовенерологам в повседневной практической работе.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- -готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению урогенитального трихомониаза.

- знать:
- диагностику трихомониаза у взрослых и детей.
- лечение трихомониаза.

- уметь:
- провести микроскопическое исследование трихомонады.
- провести исследование секрета предстательной железы.
- провести пальпацию семенных пузырьков и получение их секрета.
- составить алгоритм обследования и лечения больных.

- владеть:
- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать трихомониаз.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ДИАГНОЗ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОДТВЕРЖДЕН (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) окраской мазков по Папаниколау
- 2) окраской мазков по Цилю-Нильсону
- 3) окраской мазков бриллиантовым зеленым
- 4) кожной пробой
- 5) микроскопией нативного препарата

2. ДЛЯ ТРИХОМОНИАЗА У ЖЕНЩИН ХАРАКТЕРНЫ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) выделения из половых путей, нередко – пенистые, с неприятным запахом
- 2) диспареуния, дизурия
- 3) зуд/жжение в области наружных половых органов
- 4) выделения из половых путей, нередко – пенистые, с неприятным запахом; диспареуния, дизурия; зуд/жжение в области наружных половых органов
- 5) выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом; зуд/жжение в области наружных половых органов

3. ДЛЯ ТРИХОМОНИАЗА У МУЖЧИН ХАРАКТЕРНЫ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) слизистые выделения из уретры
- 2) боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку
- 3) диспареуния и дизурия, редко – гематоспермия
- 4) слизистые выделения из уретры, диспареуния и дизурия, редко – гематоспермия
- 5) слизистые выделения из уретры; боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку; диспареуния и дизурия, редко – гематоспермия

4. К МЕТОДАМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРИХОМОНИАЗА, ЗАПРЕЩЕННЫМИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ, ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) микроскопия нативного препарата
- 2) микроскопия по Граму
- 3) культуральный
- 4) прямая иммунофлюоресценция (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА)
- 5) ПЦР

5. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОТИВОТРИХОМОНАДНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6,)

- 1) обнаружение *T. vaginalis* при микроскопическом и/или культуральном исследованиях
- 2) обнаружение *T. vaginalis* при исследовании молекулярно-биологическими методами у пациента, либо у его полового партнера

- 3) обнаружение *T. vaginalis* методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ)
- 4) обнаружение *T. vaginalis* при микроскопическом и/или культуральном исследованиях; обнаружение *T. vaginalis* при исследовании молекулярно-биологическими методами у пациента либо у его полового партнера; обнаружение *T. vaginalis* методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ)
- 5) обнаружение *T. vaginalis* при микроскопическом и/или культуральном исследованиях, молекулярно-биологическими методами у пациента, либо у его полового партнера

6. УСТАНОВЛЕНИЕ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ТРИХОМОНАДНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) 14 дней после окончания лечения
- 2) 21 день после окончания лечения
- 3) месяц после окончания лечения
- 4) 14 дней после окончания лечения; 21 день после окончания лечения; месяц после окончания лечения
- 5) 14 дней после окончания лечения; месяц после окончания лечения

7. ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ, БОЛЬНЫХ ТРИХОМОНИАЗОМ, ПРОВОДИТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) на любом сроке
- 2) в первом триместре
- 3) во втором триместре
- 4) в третьем триместре
- 5) не проводится

8. ОБЩИМИ ЖАЛОБАМИ ДЛЯ ТРИХОМОНИАЗА И БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-3, ПК-6)

- 1) выделения из влагалища
- 2) неприятный запах отделяемого
- 3) зуд, жжение или чувство дискомфорта в области наружных половых органов
- 4) эрозии на слизистых оболочках гениталий
- 5) все перечисленное

9. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ТРИХОМОНИАЗА У РЕБЕНКА ПОДЛЕЖАТ ОБСЛЕДОВАНИЮ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6)

- 1) мать и отец
- 2) другие члены семьи, ухаживающие за ребенком (бабушка, сестра)
- 3) персонал группы детского дошкольного учреждения (воспитательница, няня)
- 4) дети, посещающие группу дошкольного детского учреждения
- 5) все перечисленные

5.2. Основные понятия и положения темы.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Верификация диагноза гонококковой инфекции базируется на результатах лабораторных исследований с помощью одного из методов:

- молекулярно-биологических, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *S. trachomatis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. Чувствительность методов составляет 98–100%, специфичность – 100%. На чувствительность исследования могут влиять различные ингибирующие факторы, вследствие которых возможны ложноотрицательные результаты. Ввиду высокой чувствительности методы предъявляют высокие требования к организации и режиму работы лаборатории для исключения контаминации клинического материала;

- выделения *S. trachomatis* в культуре клеток. Метод не рекомендуется применять в рутинных исследованиях и для установления этиологии бесплодия.

Другие методы лабораторных исследований, в том числе прямая иммунофлюоресценция (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) для обнаружения антител к *S. trachomatis*, микроскопический и морфологический методы недопустимо использовать для диагностики хламидийной инфекции.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к проведению лечения. Показанием к проведению лечения является идентификация *S. Trachomatis* с помощью молекулярно-биологических методов или культурального метода у пациента либо у его полового партнера. Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

Цели лечения:

- эрадикация *S. trachomatis*;
- клиническое выздоровление;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

Схемы лечения.

Лечение хламидийной инфекции нижнего отдела мочеполовой системы (A56.0), аноректальной области (A 56.3), хламидийного фарингита (A 56.4), хламидийного конъюнктивита (A 74.0)

Препараты выбора:

- доксициклина моногидрат 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней
или
- джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней
или
- азитромицин 1,0 г внутрь однократно.

Альтернативные препараты:

- левофлоксацин 500 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 7 дней
или
- офлоксацин 400 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней.

Лечение хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов (A 56.1, A 56.8)

Длительность курса терапии зависит от степени клинических проявлений воспалительных процессов мочеполовых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований. В зависимости от вышеперечисленных факторов длительность терапии может варьировать от 14 до 21 дня.

Препараты выбора:

- доксициклина моногидрат 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 14-21 дней или
- джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 14–21 дней.

Альтернативные препараты:

- левофлоксацин 500 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 14–21 дней или
- офлоксацин 400 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 14–21 дней.

Лечение беременных:

- джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней.

Лечение детей (с массой тела менее 45 кг):

- джозамицин 50 мг/кг массы тела в сутки, разделенные на 3 приема, в течение 7 дней.

Требования к результатам лечения

- эрадикация *C. trachomatis*;
- клиническое выздоровление.

КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Установление излеченности хламидийной инфекции на основании культурального метода исследования и методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее чем через месяц после окончания лечения.

При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ

- исключение реинфекции;
- назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

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

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

При обследовании: Микроскопическим исследованием нативного препарата из цервикального канала, боковых и заднего свода влагалища обнаружены трихомонады.

Диагностирован урогенитальный трихомониаз.

1. Какие субъективные симптомы характерны для данного заболевания у женщин?
2. Необходимые лабораторные исследования при данном заболевании
3. Назначьте лечение больной
4. Контроль излеченности.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №2

Женщина 25 лет обратилась к венерологу по поводу выделений из влагалища, болезненность во время половых контактов. Половая связь с незнакомым мужчиной 5 дней назад.

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

При обследовании: Микроскопическим исследованием нативного препарата из цервикального канала, боковых и заднего свода влагалища обнаружены трихомонады.

Диагностирован урогенитальный трихомониаз.

1. Какие объективные симптомы характерны для данного заболевания у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
3. Назначьте лечение больной
4. Требования к результатам лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №3

У больного через несколько дней после половой связи с посторонней женщиной появились необильные слизистые выделения из уретры, рези при мочеиспускании.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, скудные уретральные выделения.

При обследовании:

Микроскопическое исследование клинического материала из уретры: (препарат окрашен по Романовскому-Гимзе) -обнаружены трихомонады

Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *T.vaginalis* .

Больному диагностирован Урогенитальный трихомониаз.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Цели лечения.
5. Назначьте лечение больному.

Задача №4

На консультацию к венерологу направлена девочка 10 лет. Жалобы на выделения из половых путей серо-желтого цвета, зуд в области наружных половых органов, болезненность при мочеиспускании.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, скудные уретральные выделения, зелено-желтые, жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным запахом; эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых органов и кожи внутренней поверхности бедер.

При обследовании:

Микроскопическое исследование клинического материала из уретры и влагалища: (препарат окрашен по Романовскому-Гимзе) -обнаружены трихомонады.

Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *T.vaginalis* .

Больной диагностирован Урогенитальный трихомониаз.

1. Пути инфицирования у детей.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у детей?

3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза у детей?
4. Особенности лечения детей.
5. Требования к результатам лечения.

Задача №5

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для исключения инфекции, передаваемой половым путем.

Жалобы на слизисто – гнойные выделения из влагалища. Половая связь с постоянным половым партнером 5 дней назад.

При осмотре: отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, зелено-желтые выделения из влагалища .

При обследовании:

В отделяемом уретры , в мазке из влагалища обнаружены трихомонады.

В отделяемом цервикального канала обнаружены 10 полиморфноядерных лейкоцитов

Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *T.vaginalis*.

Больной диагностирован урогенитальный трихомониаз.

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Осложнения трихомонадной инфекции у женщин.
3. Лечение беременных женщин.
4. Требования к результатам лечения.
5. Контроль излеченности.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Диагностические тесты, позволяющие верифицировать трихомониаз.
2. Схемы лечения трихомониаза у взрослых и детей.

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

1. Диагностика трихомонадной инфекции.
2. Дифференциальная диагностика трихомонадной инфекции.
3. Схемы лечения трихомонадной инфекции у взрослых и детей.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
Дополнительная литература					
5.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
7.	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804 В. И.	Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		
8.	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск: КрасГМУ, 2017		

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	<u>Дерматовенерология</u> [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks

8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №46

**ТЕМА: «Урогенитальный заболевания,
вызванные *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*.
Этиология. Патогенез. Клинические проявления»**

Индекс темы ОД.О.01.1.3.46

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №46

Тема: «Урогенитальный заболевания, вызванные *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*. Этиология. Патогенез. Клинические проявления»

2. Форма организации учебного процесса: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы: Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики микоплазмоза и уреаплазмоза необходимо дерматовенерологам в повседневной практической работе.

4.Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- -готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: ознакомить обучающихся с клиническими проявлениями урогенитальных заболеваний, вызванных *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*.

— **знать:**

- этиологические и патогенетические факторы развития микоплазмоза и уреаплазмоза;
- классификацию;
- особенности клинических проявлений и течения микоплазмоза и уреаплазмоза;

— **уметь:**

- провести осмотр половых органов у женщин;
- провести осмотр половых органов у мужчин;

- провести осмотр аногенитальной области;
- взять мазок из мочеиспускательного канала
- взять мазок из цервикального канала

– **владеть:**

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать заболевание;

9. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP. У ЖЕНЩИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) слизисто-гнойные выделения из половых путей, диспареуния, дизурия, дискомфорт или боль в области нижней части живота.
- 5) дискомфорт или боль в области нижней части живота

2. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ , ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP. У ЖЕНЩИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
- 2) слизисто-гнойное уретральное отделяемое
- 3) слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища
- 4) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, слизисто-гнойное уретральное отделяемое, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и цервикального канала.
- 5) слизисто-гнойные выделения из цервикального канала

3. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP. У МУЖЧИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) слизисто- гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.
- 5) слизисто- гнойные или слизистые необильные выделения из уретры, диспареуния, дизурия, боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

4. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP У МУЖЧИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
- 2) инфильтрация стенок уретры
- 3) слизисто-гнойные выделения из уретры

- 4) слизистые выделения из уретры
- 5) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные выделения из уретры, слизистые выделения из уретры

5. ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) клиническое выздоровление, предотвращение развития осложнений, ликвидация лабораторных признаков воспаления
- 2) клиническое выздоровление.
- 3) предотвращение развития осложнений;
- 4) ликвидация лабораторных признаков воспаления.

6. ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP. (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
- 2) доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.
- 3) джозамицин по 250 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
- 4) вильпрафен по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
- 5) ампициллин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

7. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP. НА ОСНОВАНИИ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) микроскопического исследования материала из уретры через 10 дней после окончания лечения
- 2) микроскопического исследования материала из влагалища через 10 дней
- 3) культурального исследования материала из уретры через 10 дней
- 4) культурального исследования материала из влагалища через 10 дней
- 5) микроскопического и культурального исследования материала из уретры, влагалища и цервикального канала через месяц после окончания лечения

8. ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) дополнительное обследование на наличие иных возбудителей инфекционного процесса
- 2) назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы
- 3) увеличение длительности терапии до 14 дней
- 4) дополнительное обследование на наличие иных возбудителей инфекционного процесса, назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы, увеличение длительности терапии до 14 дней.
- 5) увеличение длительности терапии до 21 дня

9. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ЛЕЧЕНИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) разрешение клинических признаков воспаления.
- 2) разрешение лабораторных признаков воспаления
- 3) эрадикация *M. hominis*
- 4) эрадикация *Ureaplasma spp.*

5) разрешение клинических и лабораторных признаков воспаления

5.1. Основные понятия и положения темы.

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 - N34.0 + B96.8; N76.0 + B96.8; N72.0 + B96.8

Mycoplasma hominis и *Ureaplasma spp.* – условно-патогенные микроорганизмы, проявление патогенных свойств которых происходит при определенных условиях. Уреаплазмы способны вызывать уретрит у мужчин (*U. urealyticum*) и, вероятно, цервицит, цистит, ВЗОМТ, а также осложнения течения беременности, послеродовые и послеабортные осложнения у женщин. Частота обнаружения *Ureaplasma spp.* и *Mycoplasma hominis* широко варьирует в различных популяционных группах, составляя от 10 до 50% (по данным ряда авторов, – до 80%). Уреаплазмы и *M. hominis* могут выявляться у клинически здоровых лиц (в 5–20% наблюдений). Экспертами Всемирной организации здравоохранения (WHO 2006 г.) *U. urealyticum* определена как потенциальный возбудитель неспецифических негонококковых уретритов у мужчин и, возможно, ВЗОМТ у женщин. В то же время, эксперты Центра по контролю и профилактике заболеваний США (CDC, 2010) не считают доказанной этиологическую роль и клиническое значение генитальных микоплазм (за исключением *M. genitalium*). До настоящего времени не получено достаточного количества данных о причинной связи генитальных микоплазм (*M. hominis* и *Ureaplasma spp.*) с рецидивирующими спонтанными абортами и невынашиванием беременности. В то же время, при отягощенном акушерском анамнезе целесообразно проведение диагностических и лечебных мероприятий, направленных на выявление и эрадикацию потенциальных возбудителей ВЗОМТ.

КЛАССИФИКАЦИЯ

N34.0 + B96.8 Уретрит, вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*

N76.0 + B96.8 Вагинит, вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*

N72.0 + B96.8 Цервицит, вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Женщины

Субъективные симптомы:

- слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- ациклические «мажущие» кровянистые выделения;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт или боль в нижней части живота.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное уретральное отделяемое;
- отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и из цервикального канала.

Мужчины

Субъективные симптомы:

- слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт, зуд, жжение в области уретры;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);

- учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса);
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;
- слизисто-гнойные или слизистые выделения из уретры.

Дети

Субъективные симптомы:

- слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- зуд и/или жжение в области наружных половых органов;
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизистое или слизисто-гнойное уретральное отделяемое;
- гиперемия слизистой оболочки вульвы, влагалища; слизисто-гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища, из цервикального канала.

Показания к обследованию на Ureaplasma spp. и M. hominis:

- наличие клинико-лабораторных признаков воспалительного процесса в области уrogenитального тракта при отсутствии патогенных возбудителей.

При отсутствии клинических проявлений обследованию подлежат:

- доноры спермы;
- пациенты с диагнозом «Бесплодие»;
- пациенты, имеющие в анамнезе невынашивание беременности и перинатальные потери.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных
2. Заполнение амбулаторных карт
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

У больного через несколько дней после половой связи с посторонней женщиной появились необильные слизистые выделения из уретры, рези при мочеиспускании.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы. При пальпации : стенки уретры инфильтрированы.

При обследовании: Микроскопическое исследование клинического материала из уретры: в отделяемом уретры 10 полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*.

Больному диагностирован Уретрит, вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Цели лечения.

5. Назначьте лечение больному.

Задача №2

Женщина 35 лет обратилась к венерологу по поводу слизисто – гнойных выделений из влагалища, «мажущими» кровянистыми выделениями, незначительными режями при мочеиспускании. Половая связь с постоянным половым партнером 10 дней назад.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы. При пальпации : стенки уретры инфильтрированы. Отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и из цервикального канала.

При обследовании: В отделяемом уретры обнаружены 20 полиморфноядерных лейкоцитов. В мазке из влагалища отношение полиморфноядерных лейкоцитов к клетками плоского эпителия 8:1. В отделяемом цервикального канала обнаружены 15 полиморфноядерных лейкоцитов. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*.

Больной диагностирован Уретрит, вагинит, цервицит ,вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*.

1. Какие субъективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
- 3.Цели лечения
4. Схемы лечения.
5. Контроль излеченности.

Задача №3

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для исключения инфекции, передаваемой половым путем.

Жалобы на слизисто – гнойные выделения из влагалища. В анамнезе: «мажущие» кровянистые выделения. Половая связь с постоянным половым партнером 5 дней назад.

При пальпации : стенки уретры инфильтрированы. Отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и из цервикального канала.

При обследовании: В отделяемом уретры обнаружены 4 полиморфноядерных лейкоцита. В мазке из влагалища отношение полиморфноядерных лейкоцитов к клетками плоского эпителия 6:1. В отделяемом цервикального канала обнаружены 10 полиморфноядерных лейкоцитов. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*.

Больной диагностирован Вагинит, цервицит ,вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*.

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
- 3.Лечение беременных женщин.
4. Требования к результатам лечения.
5. Контроль излеченности.

Задача №4

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

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы. При пальпации : стенки уретры инфильтрированы.

При обследовании: Микроскопическое исследование клинического материала из уретры: в отделяемом уретры 10 полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения. Молекулярно-

биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *Ureaplasma* spp. и *M. hominis*.

Больному диагностирован Уретрит, вызванный *Ureaplasma* spp. и/или *M. hominis*.

1. Этиология данного заболевания.
2. Какие объективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Схемы лечения.
4. Требования к результатам лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №5

Женщина 27 лет обратилась к венерологу с жалобами на слизисто – гнойные выделения из влагалища, ациклические «мажущие» кровянистые выделения, болезненность при мочеиспускании, боль в нижней части живота. Замужем. В анамнезе невынашивание беременности.

При осмотре: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, слизисто-гнойное уретральное отделяемое; отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и из цервикального канала.

При обследовании: В отделяемом уретры обнаружены 18 полиморфноядерных лейкоцитов. В мазке из влагалища отношение полиморфноядерных лейкоцитов к клеткам плоского эпителия 15:1. В отделяемом цервикального канала обнаружены 20 полиморфноядерных лейкоцитов. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *Ureaplasma* spp. и *M. hominis*.

Больной диагностирован Уретрит, вагинит, цервицит, вызванный *Ureaplasma* spp. и/или *M. hominis*.

1. Какие субъективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
3. Цели лечения
4. Схемы лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

6. Домашнее задание для уяснений темы занятия.

1. Этиология и эпидемиология микоплазменной инфекции.
2. Особенности клинических проявлений инфекции у взрослых и детей.

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

1. Клинические проявления микоплазменной и уреаплазменной инфекции у взрослых и детей.
2. Дифференциальная диагностика микоплазменной и уреаплазменной инфекции.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
2.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015	3	
3.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015		
5.	Эпидемиология и профилактика , передаваемых половым путем	В.И. Прохоренков Т.А.Яковлева .М.Бекетов			
6.	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем	В.В.Волошин Ю.В.Карачева Т.Н.Гузей			

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №47

**ТЕМА: «Урогенитальный заболевания,
вызванные *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*.
Лабораторная диагностика. Схемы лечения.
Контроль излеченности»**

Индекс темы ОД.О.01.1.3.47

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева

Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №47

Тема: «Урогенитальный заболевания, вызванные *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*.
Лабораторная диагностика. Схемы лечения. Контроль излеченности»

2. Форма организации учебного процесса: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы: Знание диагностики микоплазмоза и уреаплазмоза необходимо для проведения адекватного лечения инфекции.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):
- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- -готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению урогенитальных заболеваний, вызванных *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*.

— **знать:**

- диагностические критерии инфекции
- схемы лечения у мужчин, женщин и детей

— **уметь:**

- провести осмотр половых органов у женщин;
- провести осмотр половых органов у мужчин;
- провести осмотр аногенитальной области;
- взять мазок из мочеиспускательного канала
- взять мазок из цервикального канала

- **владеть:**
- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать заболевание;

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP. У ЖЕНЩИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) слизисто-гнойные выделения из половых путей, диспареуния, дизурия, дискомфорт или боль в области нижней части живота.
- 5) дискомфорт или боль в области нижней части живота

2. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ , ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP. У ЖЕНЩИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
- 2) слизисто-гнойное уретральное отделяемое
- 3) слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища
- 4) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, слизисто-гнойное уретральное отделяемое, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и цервикального канала.
- 5) слизисто-гнойные выделения из цервикального канала

3. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP. У МУЖЧИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) слизисто- гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.
- 5) слизисто- гнойные или слизистые необильные выделения из уретры, диспареуния, дизурия, боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

4. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP У МУЖЧИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
- 2) инфильтрация стенок уретры
- 3) слизисто-гнойные выделения из уретры
- 4) слизистые выделения из уретры
- 5) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные выделения из уретры, слизистые выделения из уретры

5. ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP. (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) клиническое выздоровление, предотвращение развития осложнений, ликвидация лабораторных признаков воспаления
- 2) клиническое выздоровление.
- 3) предотвращение развития осложнений;
- 4) ликвидация лабораторных признаков воспаления.

6. ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP. (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
- 2) доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.
- 3) джозамицин по 250 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
- 4) вильпрафен по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
- 5) ампициллин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

7. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP. НА ОСНОВАНИИ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) микроскопического исследования материала из уретры через 10 дней после окончания лечения
- 2) микроскопического исследования материала из влагалища через 10 дней
- 3) культурального исследования материала из уретры через 10 дней
- 4) культурального исследования материала из влагалища через 10 дней
- 5) микроскопического и культурального исследования материала из уретры, влагалища и цервикального канала через месяц после окончания лечения

8. ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) дополнительное обследование на наличие иных возбудителей инфекционного процесса
- 2) назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы
- 3) увеличение длительности терапии до 14 дней
- 4) дополнительное обследование на наличие иных возбудителей инфекционного процесса, назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы, увеличение длительности терапии до 14 дней.
- 5) увеличение длительности терапии до 21 дня

9. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ЛЕЧЕНИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) разрешение клинических признаков воспаления.
- 2) разрешение лабораторных признаков воспаления
- 3) эрадикация *M. hominis*
- 4) эрадикация *Ureaplasma spp.*
- 5) разрешение клинических и лабораторных признаков воспаления

5.2. Основные понятия и положения темы.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Верификация диагноза заболеваний, вызванных *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*, базируется на результатах лабораторных исследований с помощью одного из методов:

■ молекулярно-биологических, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *Ureaplasma* spp. и *M. hominis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации

или

■ культурального исследования с выделением и идентификацией *Ureaplasma* spp. и *M. hominis*. Целесообразность применения методики количественного определения, как и клиническое значение полученных результатов, убедительно не доказаны.

Микроскопическое исследование клинического материала из уретры, влагалища и цервикального канала является обязательным и проводится с целью:

■ оценки степени лейкоцитарной реакции;

■ оценки состояния эпителия уретры, влагалища, цервикального канала;

■ исключения сопутствующих ИППП (гонококковая инфекция, урогенитальный трихомониаз);

■ оценки состояния микробиоценоза влагалища. Диагностическими критериями, подтверждающими наличие уретрита у мужчин, являются обнаружение:

■ в отделяемом уретры 5 и более полиморфноядерных лейкоцитов в поле

зрения при просмотре более 5 полей зрения при увеличении светового микроскопа $\times 1000$;

■ в осадке первой порции мочи 10 и более лейкоцитов при увеличении светового микроскопа $\times 400$.

Диагностическим критерием, подтверждающим наличие уретрита у женщин, является обнаружение 10 и более полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения в отделяемом уретры при просмотре более 5 полей зрения при увеличении светового микроскопа $\times 1000$.

Диагностическим критерием, подтверждающим наличие вагинита, является отношение полиморфноядерных лейкоцитов к клеткам плоского эпителия более чем 1:1.

Диагностическим критерием, подтверждающим наличие цервицита, является обнаружение 10 и более полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения в отделяемом цервикального канала при просмотре более 5 полей зрения при увеличении светового микроскопа $\times 1000$ и наличие слизисто-гнойных выделений из цервикального канала.

Диагноз может быть установлен при одновременном наличии клинических и лабораторных признаков.

Другие методы лабораторных исследований, в том числе прямая иммуофлюоресценция (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) для обнаружения антител к *Ureaplasma* spp. и *M. hominis* недопустимо использовать для диагностики заболеваний, вызванных *Ureaplasma* spp. и *M. hominis*.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к проведению лечения. Показанием к проведению лечения является наличие клинико-лабораторных признаков инфекционно-воспалительного процесса, при котором не выявлены другие, более вероятные возбудители, например *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*.

При выявлении *M. hominis* и/или *Ureaplasma* spp. в количестве $> 10^4$ КОЕ (ГЭ)/мл(г) и при отсутствии клинических и/или лабораторных признаков воспалительного процесса мочеполовой системы лечение не проводится.

Показанием к проведению лечения при отсутствии клинических признаков воспалительного процесса является выявление *Ureaplasma* spp. и/или *M. hominis* у доноров спермы, лиц с диагнозом «Бесплодие» и женщин с невынашиванием беременности и перинатальными потерями в анамнезе.

Половые партнеры лиц, инфицированных *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*, подлежат лечению при наличии у них клинической симптоматики и лабораторных признаков воспалительного процесса мочеполовых органов (при исключении иной этиологии данного воспалительного процесса).

Цели лечения:

- клиническое выздоровление;
- ликвидация лабораторных признаков воспаления;
- предотвращение развития осложнений.

Общие замечания по фармакотерапии. Лечение заболеваний, вызванных *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*, у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых с учетом противопоказаний.

Схемы лечения

- джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней или
- доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Лечение беременных:

- джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.

Лечение детей (с массой тела менее 45 кг):

- джозамицин 50 мг/кг массы тела, разделенные на 3 приема в сутки, в течение 10 дней.

Длительность курса терапии зависит от степени клинических проявлений воспалительных процессов мочеполовых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований, оценки степени риска предстоящих оперативных или инвазивных вмешательств, акушерско-гинекологического анамнеза, у беременных – течения настоящей беременности. В зависимости от вышеперечисленных факторов, а также выраженности ответа на проводимую антибактериальную терапию (клинические показатели, при необходимости – результат промежуточного теста ПЦР в реальном времени, NASBA), длительность лечения может быть увеличена до 14 дней.

Требования к результатам лечения

- Разрешение клинических и лабораторных признаков воспаления
- Эрадикация *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* не является требованием к результатам лечения.

КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Установление излеченности заболеваний, вызванных *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*, проводится на основании микроскопического исследования клинического материала из уретры, влагалища и цервикального канала (для оценки лабораторных признаков воспалительного процесса), культурального метода исследования и методов амплификации РНК (NASBA) – через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее чем через месяц после окончания лечения.

ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ

- дополнительное обследование на наличие иных возбудителей инфекционного процесса;
- назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы;
- увеличение длительности терапии до 14 дней.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных
2. Заполнение амбулаторных карт
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

У больного через несколько дней после половой связи с посторонней женщиной появились необильные слизистые выделения из уретры, рези при мочеиспускании.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы. При пальпации : стенки уретры инфильтрированы.

При обследовании: Микроскопическое исследование клинического материала из уретры: в отделяемом уретры 10 полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *Ureaplasma* spp. и *M. hominis*.

Больному диагностирован Уретрит, вызванный *Ureaplasma* spp. и/или *M. hominis*.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Цели лечения.
5. Назначьте лечение больному.

Задача №2

Женщина 35 лет обратилась к венерологу по поводу слизисто – гнойных выделений из влагалища, «мажущими» кровянистыми выделениями, незначительными режками при мочеиспускании. Половая связь с постоянным половым партнером 10 дней назад.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы. При пальпации : стенки уретры инфильтрированы. Отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и из цервикального канала.

При обследовании: В отделяемом уретры обнаружены 20 полиморфноядерных лейкоцитов. В мазке из влагалища отношение полиморфноядерных лейкоцитов к клеткам плоского эпителия 8:1. В отделяемом цервикального канала обнаружены 15 полиморфноядерных лейкоцитов. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *Ureaplasma* spp. и *M. hominis*.

Больной диагностирован Уретрит, вагинит, цервицит ,вызванный *Ureaplasma* spp. и/или *M. hominis*.

1. Какие субъективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
- 3.Цели лечения
4. Схемы лечения.
5. Контроль излеченности.

Задача №3

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для исключения инфекции, передаваемой половым путем.

Жалобы на слизисто – гнойные выделения из влагалища. В анамнезе: «мажущие» кровянистые выделения. Половая связь с постоянным половым партнером 5 дней назад.

При пальпации : стенки уретры инфильтрированы. Отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и из цервикального канала.

При обследовании: В отделяемом уретры обнаружены 4 полиморфноядерных лейкоцита . В мазке из влагалища отношение полиморфноядерных лейкоцитов к клетками плоского эпителия 6:1. В отделяемом цервикального канала обнаружены 10 полиморфноядерных лейкоцитов. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*.

Больной диагностирован Вагинит, цервицит ,вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*.

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
3. Лечение беременных женщин.
4. Требования к результатам лечения.
5. Контроль излеченности.

Задача №4

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

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы. При пальпации : стенки уретры инфильтрированы.

При обследовании: Микроскопическое исследование клинического материала из уретры: в отделяемом уретры 10 полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*.

Больному диагностирован Уретрит, вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*.

1. Этиология данного заболевания.
2. Какие объективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Схемы лечения.
4. Требования к результатам лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №5

Женщина 27 лет обратилась к венерологу с жалобами на слизисто – гнойные выделения из влагалища, ациклические «мажущие» кровянистые выделения, болезненность при мочеиспускании, боль в нижней части живота. Замужем. В анамнезе невынашивание беременности.

При осмотре: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, слизисто-гнойное уретральное отделяемое; отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и из цервикального канала.

При обследовании: В отделяемом уретры обнаружены 18 полиморфноядерных лейкоцитов. В мазке из влагалища отношение полиморфноядерных лейкоцитов к клетками плоского эпителия 15:1. В отделяемом цервикального канала обнаружены 20 полиморфноядерных лейкоцитов. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*.

Больной диагностирован Уретрит, вагинит, цервицит ,вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*.

1. Какие субъективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?

2. Показания к проведению лечения.
3. Цели лечения
4. Схемы лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

6. Домашнее задание для уяснений темы занятия.

1. Диагностические критерии микоплазменной инфекции.
2. Схемы лечения инфекции у взрослых и детей. Особые ситуации.

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

1. Верификация диагноза заболеваний, вызванных *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*
2. Схемы лечения взрослых и детей.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
			в библиотеке	на кафедре
Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm 1	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
Эпидемиология и профилактика , передаваемых половым путем	В.И. Прохоренков Т.А.Яковлева .М.Бекетов			
Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями,	Т.А.Яковлева	Красноярск:		

передаваемыми половым путем	Ю.В.Карачева	КрасГМУ, 2015		
Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем	В.В.Волошин Ю.В.Карачева Т.Н.Гузей	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	<u>Дерматовенерология</u> [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №48

**ТЕМА: «Урогенитальный заболевания,
вызванные *Mycoplasma genitalium*.
Этиология. Патогенез. Клинические проявления»
Индекс темы ОД.О.01.1.3.48**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №48

Тема: «Урогенитальный заболевания, вызванные *Mycoplasma genitalium*. Этиология. Патогенез. Клинические проявления»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы. Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики микоплазмоза необходимо дерматовенерологам в повседневной практической работе.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- -готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: ознакомить обучающихся с клиническими проявлениями урогенитальных заболеваний, вызванных *Mycoplasma genitalium*.

— знать:

- этиологические и патогенетические факторы развития микоплазмоза.
- классификацию.
- особенности клинических проявлений и течения микоплазмоза.

— уметь:

- провести осмотр половых органов у женщин.
- провести осмотр половых органов у мужчин.

- провести осмотр аногенитальной области.
- взять мазок из мочеиспускательного канала.
- взять мазок из цервикального канала.

- владеть:
- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать заболевание.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA GENITALIUM У ЖЕНЩИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) слизисто-гнойные выделения из половых путей
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) слизисто-гнойные выделения из половых путей, диспареуния, дизурия, дискомфорт или боль в области нижней части живота
- 5) дискомфорт или боль в области нижней части живота

2. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ , ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA GENITALIUM У ЖЕНЩИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
- 2) слизисто-гнойное уретральное отделяемое
- 3) инфильтрация стенок уретры
- 4) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, слизисто-гнойное уретральное отделяемое, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала
- 5) слизисто-гнойные выделения из цервикального канала

3. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA GENITALIUM У МУЖЧИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) слизисто- гнойные или слизистые необильные выделения из уретры
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку
- 5) слизисто- гнойные или слизистые необильные выделения из уретры, диспареуния, дизурия, боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку

4. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA GENITALIUM У МУЖЧИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
- 2) инфильтрация стенок уретры
- 3) слизисто-гнойные выделения из уретры

- 4) слизистые выделения из уретры
- 5) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные или слизистые выделения из уретры

5. ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA GENITALIUM (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) клиническое выздоровление, предотвращение развития осложнений, эрадикация *M.genitalium*, предупреждение инфицирования других лиц
- 2) клиническое выздоровление.
- 3) предотвращение развития осложнений
- 4) эрадикация *M.genitalium*
- 5) предупреждение инфицирования других лиц

6.ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA GENITALIUM (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
- 2) доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.
- 3) джозамицин по 250 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
- 4) вильпрафен по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
- 5) ампициллин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

7. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA GENITALIUM НА ОСНОВАНИИ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) микроскопического исследования материала из уретры через 10 дней после окончания лечения
- 2) микроскопического исследования материала из влагалища через 10 дней
- 3) культурального исследования материала из уретры через 10 дней
- 4) культурального исследования материала из влагалища через 10 дней
- 5) методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее, чем через месяц после окончания лечения

8. ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) дополнительное обследование на наличие иных возбудителей инфекционного процесса
- 2) назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы
- 3) увеличение длительности терапии до 14 дней
- 4) исключение реинфекции, назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы
- 5) увеличение длительности терапии до 21 дня

9. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ЛЕЧЕНИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) предотвращение развития осложнений
- 2) разрешение лабораторных признаков воспаления
- 3) эрадикация *M. genitalium*

- 4) клиническое выздоровление
- 5) эрадикация *M. genitalium* и клиническое выздоровление

5.2. Основные понятия и положения темы.

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 - N34. + B96.8; N72. + B96.8; N76. + B96.8

Mycoplasma genitalium –патогенный микроорганизм, способный вызывать уретрит у лиц обоего пола и, согласно ограниченным данным, цервицит у женщин. При негонококковых уретритах *M. genitalium* обнаруживают в 11,5 –41,7% (в среднем в 19,8%) наблюдений, а при негонококковых нехламидийных уретритах – в 3–54,5%. У 7–10% женщин с признаками воспалительных заболеваний органов малого таза в образцах шейки матки и/или эндометрия выделяются *M. genitalium*. Данные о достоверной связи между инфицированием *M. genitalium* и неблагоприятными исходами беременности на сегодняшний день отсутствуют.

КЛАССИФИКАЦИЯ

N34. + B96.8 Уретрит, вызванный *M. genitalium*

N72. + B96.8 Цервицит, вызванный *M. genitalium*

N76. + B96.8 Вагинит, вызванный *M. genitalium*

ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

У мужчин и женщин: половой контакт.

У детей: прохождение через родовые пути больной матери; половой контакт.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

С клинической точки зрения, урогенитальная инфекция, вызванная *M. genitalium*, подразделяется на неосложненную (в случае развития уретрита у мужчин и уретрита и/или цервицита у женщин) и осложненную (в случае развития воспалительных заболеваний органов малого таза).

Женщины

Более чем у 50% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы:

- слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- ациклические «мажущие» кровянистые выделения;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт или боль в нижней части живота.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизистое или слизисто-гнойное уретральное отделяемое;
- отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

Мужчины

Субъективные симптомы:

- слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- дискомфорт, зуд, жжение в области уретры;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);

- учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса);
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;
- слизисто-гнойные или слизистые выделения из уретры.

Дети:

Субъективные симптомы:

- слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- зуд и/или жжение в области наружных половых органов;
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании.

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизистое или слизисто-гнойное уретральное отделяемое;
- гиперемия слизистой оболочки вульвы, влагалища; слизисто-гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища и из цервикального канала.

Особенностью клинического течения инфекционного процесса в детском возрасте является более выраженная субъективная симптоматика и поражение слизистых оболочек вульвы и влагалища, чему способствуют анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы девочек.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

У больного через несколько дней после половой связи с посторонней женщиной появились необильные слизистые выделения из уретры, рези при мочеиспускании.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы. При пальпации: стенки уретры инфильтрированы.

При обследовании: Микроскопическое исследование клинического материала из уретры: в отделяемом уретры 10 полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *M. genitalium*.

Больному диагностирован Уретрит, вызванный *M. genitalium*.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Цели лечения.
5. Назначьте лечение больному.

Задача №2

Женщина 35 лет обратилась к венерологу по поводу слизисто – гнойных выделений из влагалища, «мажущими» кровянистыми выделениями, незначительными резами при мочеиспускании. Половая связь с постоянным половым партнером 10 дней назад.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы. При пальпации: стенки уретры инфильтрированы. Отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и из цервикального канала.

При обследовании: В отделяемом уретры обнаружены 10 полиморфноядерных лейкоцитов. В отделяемом цервикального канала обнаружены 15 полиморфноядерных лейкоцитов. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *M. genitalium*.

Больной диагностирован Уретрит, цервицит, вызванный *M. genitalium*.

1. Какие субъективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
3. Цели лечения
4. Схемы лечения.
5. Контроль излеченности.

Задача №3

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для исключения инфекции, передаваемой половым путем.

Жалобы на слизисто – гнойные выделения из влагалища. В анамнезе: «мажущие» кровянистые выделения. Половая связь с постоянным половым партнером 5 дней назад.

При пальпации : стенки уретры инфильтрированы. Отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

При обследовании: В отделяемом уретры обнаружены 4 полиморфноядерных лейкоцита. В отделяемом цервикального канала обнаружены 10 полиморфноядерных лейкоцитов. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *M. genitalium*.

Больной диагностирован Уретрит, вагинит, цервицит, вызванный *M. genitalium*.

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
3. Лечение беременных женщин.
4. Требования к результатам лечения.
5. Контроль излеченности.

Задача №4

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

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы. При пальпации : стенки уретры инфильтрированы.

При обследовании: Микроскопическое исследование клинического материала из уретры: в отделяемом уретры 6 полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *M. genitalium*.

Больному диагностирован Уретрит, вызванный *M. genitalium*.

1. Этиология данного заболевания.
2. Какие объективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?

3. Схемы лечения.
4. Требования к результатам лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №5

Женщина 27 лет обратилась к венерологу с жалобами на слизисто – гнойные выделения из влагалища, ациклические «мажущие» кровянистые выделения, болезненность при мочеиспускании, боль в нижней части живота. Замужем. В анамнезе невынашивание беременности.

При осмотре: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, слизисто-гнойное уретральное отделяемое; отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

При обследовании: В отделяемом уретры обнаружены 10 полиморфноядерных лейкоцитов .

В отделяемом цервикального канала обнаружены 20 полиморфноядерных лейкоцитов
Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *M. genitalium*.

Больной диагностирован Уретрит, вагинит, цервицит, вызванный *M. genitalium*.

1. Какие субъективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
3. Цели лечения
4. Схемы лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Этиологические и патогенетические факторы развития микоплазменной инфекции.
2. Классификация.
3. Особенности клинических проявлений инфекции у взрослых и детей.
4. Диагностические тесты, позволяющие верифицировать микоплазмоз.

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

1. Клинические проявления микоплазменной инфекции у взрослых и детей.
2. Дифференциальная диагностика микоплазменной инфекции.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель , редактор	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедр е
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Эпидемиология и профилактика , передаваемых половым путем	В.И. Прохоренков Т.А.Яковлева .М.Бекетов			
8.	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем	Т.А.Яковлева Ю.В.Карачева	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
9.	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем	В.В.Волошин Ю.В.Карачева Т.Н.Гузей	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №49

**ТЕМА: «Урогенитальный заболевания,
вызванные *Mycoplasma genitalium*.
Лабораторная диагностика. Схемы лечения.
Контроль излеченности»**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №49

**Тема: «Урогенитальные заболевания, вызванные *Mycoplasma genitalium*.
Лабораторная диагностика. Схемы лечения. Контроль излеченности»**

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание диагностики микоплазмоза необходимо для проведения адекватного лечения инфекции.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению урогенитальных заболеваний, вызванных *Mycoplasma genitalium*.

— знать:

- диагностические критерии инфекции.
- схемы лечения у мужчин, женщин и детей.

— уметь:

- провести осмотр половых органов у женщин.
- провести осмотр половых органов у мужчин.
- провести осмотр аногенитальной области.
- взять мазок из мочеиспускательного канала.

- взять мазок из цервикального канала.
- владеть:
- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать заболевание.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA GENITALIUM У ЖЕНЩИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) слизисто-гнойные выделения из половых путей
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) слизисто-гнойные выделения из половых путей, диспареуния, дизурия, дискомфорт или боль в области нижней части живота
- 5) дискомфорт или боль в области нижней части живота

2. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA GENITALIUM У ЖЕНЩИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
- 2) слизисто-гнойное уретральное отделяемое
- 3) инфильтрация стенок уретры
- 4) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, слизисто-гнойное уретральное отделяемое, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала
- 5) слизисто-гнойные выделения из цервикального канала

3. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA GENITALIUM У МУЖЧИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) слизисто- гнойные или слизистые необильные выделения из уретры
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку
- 5) слизисто- гнойные или слизистые необильные выделения из уретры, диспареуния, дизурия, боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку

4. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA GENITALIUM У МУЖЧИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
- 2) инфильтрация стенок уретры
- 3) слизисто-гнойные выделения из уретры
- 4) слизистые выделения из уретры

5) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные или слизистые выделения из уретры

5. ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA GENITALIUM (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) клиническое выздоровление, предотвращение развития осложнений, эрадикация M.genitalium, предупреждение инфицирования других лиц
- 2) клиническое выздоровление.
- 3) предотвращение развития осложнений
- 4) эрадикация M.genitalium
- 5) предупреждение инфицирования других лиц

6. ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA GENITALIUM (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
- 2) доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.
- 3) джозамицин по 250 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
- 4) вильпрафен по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
- 5) ампициллин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

7. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA GENITALIUM НА ОСНОВАНИИ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) микроскопического исследования материала из уретры через 10 дней после окончания лечения
- 2) микроскопического исследования материала из влагалища через 10 дней
- 3) культурального исследования материала из уретры через 10 дней
- 4) культурального исследования материала из влагалища через 10 дней
- 5) методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее, чем через месяц после окончания лечения

8. ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) дополнительное обследование на наличие иных возбудителей инфекционного процесса
- 2) назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы
- 3) увеличение длительности терапии до 14 дней
- 4) исключение реинфекции, назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы
- 5) увеличение длительности терапии до 21 дня

9. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ЛЕЧЕНИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) предотвращение развития осложнений
- 2) разрешение лабораторных признаков воспаления
- 3) эрадикация M. genitalium

- 4) клиническое выздоровление
- 5) эрадикация *M. genitalium* и клиническое выздоровление

5.2. Основные понятия и положения темы.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Верификация диагноза заболеваний, вызванных *M. genitalium*, осуществляется с помощью молекулярно-биологических методов, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *M. genitalium*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.

Другие методы лабораторных исследований, в том числе прямая иммунофлюоресценция (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) для обнаружения антител к *M. genitalium*, культуральный метод недопустимо использовать для диагностики заболеваний, вызванных *M. genitalium*. С целью оценки степени лейкоцитарной реакции и состояния микробиоценоза уретры, влагалища, цервикального канала проводится микроскопическое исследование клинического материала.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Симптомы урогенитальных заболеваний, вызываемых *M. genitalium* – уретрит, вагинит и цервицит – не являются специфичными, что диктует необходимость проведения лабораторных исследований для исключения других урогенитальных заболеваний, обусловленных патогенными (*N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *C. trachomatis*) и условно-патогенными микроорганизмами (грибами рода *Candida*, микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом) и вирусами (вирусом простого герпеса).

ЛЕЧЕНИЕ

Показанием к проведению лечения является идентификация *M. genitalium* с помощью молекулярно-биологических методов у пациента либо у его полового партнера. Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

Цели лечения:

- эрадикация *M. genitalium*;
- клиническое выздоровление;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

Лечение беременных с заболеваниями, вызванными *M. genitalium*, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод при участии акушеров-гинекологов.

Лечение заболеваний, вызванных *M. genitalium*, у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых с учетом противопоказаний.

Схемы лечения

Препараты выбора:

- джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
или
- доксициклина моногидрат 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Альтернативные препараты:

- левофлоксацин 500 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 10 дней
или
- офлоксацин 400 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Лечение беременных:

- джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.

Лечение детей (с массой тела менее 45 кг):

- джозамицин 50 мг/кг массы тела в сутки, разделенные на 3 приема, в течение 10 дней.

Требования к результатам лечения:

- эрадикация *M. genitalium*;
- клиническое выздоровление.

КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Установление излеченности заболеваний, вызванных *M. genitalium*, на основании методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее, чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ

- исключение реинфекции;
- назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

У больного через несколько дней после половой связи с посторонней женщиной появились необильные слизистые выделения из уретры, рези при мочеиспускании.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы. При пальпации: стенки уретры инфильтрированы.

При обследовании: Микроскопическое исследование клинического материала из уретры: в отделяемом уретры 10 полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *M. genitalium*.

Больному диагностирован Уретрит, вызванный *M. genitalium*.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Цели лечения.
5. Назначьте лечение больному.

Задача №2

Женщина 35 лет обратилась к венерологу по поводу слизисто – гнойных выделений из влагалища, «мажущими» кровянистыми выделениями, незначительными режями при мочеиспускании. Половая связь с постоянным половым партнером 10 дней назад.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы. При пальпации: стенки уретры инфильтрированы. Отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и из цервикального канала.

При обследовании: В отделяемом уретры обнаружены 10 полиморфноядерных лейкоцитов. В отделяемом цервикального канала обнаружены 15 полиморфноядерных лейкоцитов. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *M. genitalium*.

Больной диагностирован Уретрит, цервицит, вызванный *M. genitalium*.

1. Какие субъективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
3. Цели лечения
4. Схемы лечения.
5. Контроль излеченности.

Задача №3

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для исключения инфекции, передаваемой половым путем.

Жалобы на слизисто – гнойные выделения из влагалища. В анамнезе: «мажущие» кровянистые выделения. Половая связь с постоянным половым партнером 5 дней назад.

При пальпации : стенки уретры инфильтрированы. Отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

При обследовании: В отделяемом уретры обнаружены 4 полиморфноядерных лейкоцита. В отделяемом цервикального канала обнаружены 10 полиморфноядерных лейкоцитов. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *M. genitalium*.

Больной диагностирован Уретрит, вагинит, цервицит, вызванный *M. genitalium*.

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
3. Лечение беременных женщин.
4. Требования к результатам лечения.
5. Контроль излеченности.

Задача №4

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

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы. При пальпации : стенки уретры инфильтрированы.

При обследовании: Микроскопическое исследование клинического материала из уретры: в отделяемом уретры 6 полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *M. genitalium*.

Больному диагностирован Уретрит, вызванный *M. genitalium*.

1. Этиология данного заболевания.
2. Какие объективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Схемы лечения.
4. Требования к результатам лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №5

Женщина 27 лет обратилась к венерологу с жалобами на слизисто – гнойные выделения из влагалища, ациклические «мажущие» кровянистые выделения, болезненность при

мочеиспускании, боль в нижней части живота. Замужем. В анамнезе невынашивание беременности.

При осмотре: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, слизисто-гнойное уретральное отделяемое; отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

При обследовании: В отделяемом уретры обнаружены 10 полиморфноядерных лейкоцитов. В отделяемом цервикального канала обнаружены 20 полиморфноядерных лейкоцитов. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *M. genitalium*.

Больной диагностирован Уретрит, вагинит, цервицит, вызванный *M. genitalium*.

1. Какие субъективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
3. Цели лечения
4. Схемы лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Диагностические критерии микоплазменной инфекции.
2. Схемы лечения микоплазмоза.

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

1. Клинические проявления микоплазменной инфекции у взрослых и детей.
2. Дифференциальная диагностика микоплазменной инфекции.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель , редактор	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедр е
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		

5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Эпидемиология и профилактика , передаваемых половым путем	В.И. Прохоренков Т.А.Яковлева .М.Бекетов			
8.	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем	Т.А.Яковлева Ю.В.Карачева	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
9.	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем	В.В.Волошин Ю.В.Карачева Т.Н.Гузей	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №50

**ТЕМА: «Урогенитальный кандидоз. Этиология. Патогенез.
Клинические проявления»**

Индекс темы ОД.О.01.1.3.50

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск 2018

1. Занятие №50

Тема: «Урогенитальный кандидоз. Этиология. Патогенез. Клинические проявления».

2. Форма организации учебного процесса: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы: Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики урогенитального кандидоза необходимо дерматовенерологам в повседневной практической работе.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):
- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
 - -готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
 - готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: ознакомить обучающихся с клиническими проявлениями урогенитального кандидоза.

— **знать:**

- этиологические и патогенетические факторы развития урогенитального кандидоза;
- классификацию урогенитального кандидоза;
- особенности клинических проявлений и течение урогенитального кандидоза;

— **уметь:**

- взять клинический материал для лабораторных исследований;
- провести осмотр половых органов у мужчин и женщин;
- провести микроскопическое исследование нативного препарата на грибы Candida.

– **владеть:**

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание;

5. План изучения темы:

5.1 Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗА ВУЛЬВЫ И ВАГИНЫ У ЖЕНЩИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) белые или желтовато-белые творожистые выделения из половых путей;
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) белые или желтовато-белые творожистые выделения из половых путей, диспареуния, дизурия, дискомфорт в области наружных половых органов
- 5) дискомфорт в области наружных половых органов

2. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗА ВУЛЬВЫ И ВАГИНЫ У ЖЕНЩИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) гиперемия и отечность в области вульвы, влагалища
- 2) белые или желтовато-белые творожистые выделения на слизистой вульвы и во влагалище
- 3) трещины кожных покровов и слизистых оболочек в области вульвы и периаанальной области
- 4) гиперемия и отечность в области вульвы, влагалища, белые или желтовато-белые творожистые выделения на слизистой вульвы и во влагалище, трещины кожных покровов и слизистых оболочек в области вульвы и периаанальной области; сухость, атрофичность, лихенификация в области поражения.
- 5) сухость, атрофичность, лихенификация в области поражения.

3. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗНОГО БАЛАНИТА У МУЖЧИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) дискомфорт в области наружных половых органов
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) покраснение и отечность в области головки полового члена, высыпания, покрытые белым налетом.
- 5) дискомфорт в области наружных половых органов, диспареуния, дизурия, покраснение и отечность в области головки полового члена, высыпания, покрытые белым налетом.

4. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗНОГО БАЛАНИТА У МУЖЧИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) гиперемия и отечность в области головки полового члена
- 2) высыпания в виде пятен, папул в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом;

- 3) высыпания в виде эрозий в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом;
- 4) трещины в области головки полового члена.
- 5) гиперемия и отечность в области головки полового члена, высыпания в виде пятен, папул в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом, высыпания в виде эрозий в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом, трещины в области головки полового члена

5. ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) клиническое выздоровление
- 2) клиническое выздоровление, предотвращение развития осложнений, нормализация лабораторных показателей
- 3) предотвращение развития осложнений;
- 4) нормализация лабораторных показателей.

6. ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗА ВУЛЬВЫ И ВАГИНЫ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) клотримазол 1% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7–14 дней
- 2) итраконазол 200 мг внутрь однократно.
- 3) флуконазол 150 мг внутрь в течении 3 дней
- 4) миконазол вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней
- 5) бутоконазол 2% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7 дней

7. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6)

- 1) 10 дней
- 2) 21 день
- 3) 30 дней
- 4) 7 дней
- 5) 14 дней

8. ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) флуконазол 2 мг на 1 кг массы тела – суточная доза внутрь однократно;
- 2) натамицин 2% крем 1 раз в сутки в течение 3 дней.
- 3) итраконазол 200 мг внутрь однократно
- 4) флуконазол 150 мг внутрь в течении 3 дней группы, увеличение длительности терапии до 14 дней.
- 5) бутоконазол 2% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7 дней

9. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ (УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6)

- 1) клиническое выздоровление
- 2) нормализация микроскопической картины
- 3) клиническое выздоровление; нормализация микроскопической картины и показателей культурального исследования.

4) нормализация показателей культурального исследования.

5.2. Основные понятия и положения темы.

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 В37.

Урогенитальный кандидоз – воспалительное заболевание, обусловленное дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Урогенитальный кандидоз является широко распространенным заболеванием, может возникать у лиц обоего пола и наиболее часто наблюдается у женщин репродуктивного возраста. Частота регистрации кандидозного вульвовагинита за последние 10 лет. Почти удвоилась и составляет 30–45% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища. По данным исследователей, 70–75% женщин имеют в течение жизни хотя бы один эпизод кандидозного вульвовагинита, при этом в 5–10% случаев заболевание становится рецидивирующим. Кандидозный вульвовагинит редко встречается у девочек до наступления менархе, однако, к 25 годам уже около 50% женщин, а к началу периода менопаузы – около 75% женщин имеют хотя бы один диагностированный врачом эпизод заболевания. Также известно, что кандидозный вульвовагинит почти не встречается у женщин в постменопаузе, за исключением женщин, получающих заместительную гормональную терапию.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В37.3. Кандидоз вульвы и вагины

В37.4. Кандидоз других урогенитальных локализаций

Кандидозный:

– баланит (N51.2*)

В37.9. Кандидоз неуточненный

Рядом экспертов предлагается также клиническая классификация:

- спорадический урогенитальный кандидоз (как правило, вызывается *C. albicans*, наблюдается у пациентов с нормальными показателями иммунитета и характеризуется клиническим течением средней тяжести);
- рецидивирующий урогенитальный кандидоз (характеризуется наличием 4 и более эпизодов урогенитального кандидоза в течение 1 года).

ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

Согласно современным классификациям, урогенитальный кандидоз не относится к инфекциям, передаваемым половым путем, что не исключает возникновения кандидозного баланопостита у мужчин – половых партнеров женщин с кандидозным вульвовагинитом.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Женщины

Субъективные симптомы:

- белые или желтовато-белые творожистые густые или сливкообразные выделения из половых путей, как правило, усиливающиеся перед менструацией;
- зуд и/или жжение на коже и слизистых оболочках аногенитальной области;
- дискомфорт в области наружных половых органов;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия).

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность в области вульвы, влагалища;

- белые, желтовато-белые творожистые густые или сливкообразные вагинальные выделения на слизистой оболочке вульвы и во влагалище;
- трещины кожных покровов и слизистых оболочек в области вульвы, задней спайки влагалища и перианальной области;
- при рецидивирующем кандидозном вульвовагинте может наблюдаться сухость, атрофичность, лихенификация в области поражения, скудные беловатые вагинальные выделения.

К осложнениям урогенитального кандидоза у женщин относится развитие ВЗОМТ, возможно вовлечение в патологический процесс мочевыделительной системы (уретроцистит). На фоне урогенитального кандидоза возрастает частота развития осложнений течения беременности, а также увеличивается риск ante- или интранатального инфицирования плода. Кандидоз плода может привести к его внутриутробной гибели и преждевременным родам.

У новорожденных кандидоз может протекать в виде локализованной инфекции (конъюнктивит, омфалит, поражение ротовой полости, гортани, легких, кожи) и диссеминированного поражения, развившегося в результате кандидемии). В послеродовом периоде у женщин возможно развитие кандидозного эндометрита.

Мужчины

Субъективные симптомы:

- покраснение и отечность в области головки полового члена;
- высыпания в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом;
- зуд и/или жжение на коже и слизистой оболочке аногенитальной области;
- дискомфорт в области наружных половых органов;
- диспареуния (болезненность во время половых контактов);
- дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании).

Объективные симптомы:

- гиперемия и отечность в области головки полового члена;
- высыпания в виде пятен, папул или эрозий в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом;
- трещины в области головки полового члена.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

Женщина 25 лет обратилась к венерологу по поводу белых творожистых густых выделений из половых путей, болезненности во время половых контактов, болезненности при мочеиспускании

При осмотре: Отечность и гиперемия слизистой оболочки вульвы и влагалища; сливкообразные вагинальные выделения.

Микроскопическое исследование нативных препаратов в мазках из влагалища обнаружело грибы рода *Candida*.

Больной диагностирован: Кандидоз вульвы и вагины.

1. Какие субъективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
3. Цели лечения
4. Назначить лечение больной.
5. Контроль излеченности.

Задача №2

У больного через несколько дней после половой связи с посторонней женщиной появилось покраснение и отечность в области головки полового члена, болезненность во время половых контактов .

При осмотре: покраснение и отечность в области головки полового члена

Микроскопическое исследование нативного препарата с поверхности головки полового члена- обнаружены грибы рода Candida.

Больному диагностирован Кандидозный баланит.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Цели лечения.
5. Назначьте лечение больному.

Задача №3

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для исключения инфекции, передаваемой половым путем.

Жалобы на белые, творожистые, густые выделения из половых путей, болезненность во время половых контактов, болезненность при мочеиспускании.

При осмотре: Отечность и гиперемия слизистой оболочки вульвы и влагалища; сливкообразные вагинальные выделения, трещины в области вульвы.

Микроскопическое исследование нативного препарата из влагалища -обнаружены грибы рода Candida, в мазке из уретры грибы рода Candida не обнаружены.

Больной диагностирован : Кандидоз вульвы и вагины.

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Осложнения урогенитального кандидоза у женщин.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Особенности лечения беременных.
5. Контроль излеченности.

Задача №4

К венерологу обратилась женщина 27 лет с жалобами на белые творожистые выделения из влагалища, болезненности во время половых контактов.

При осмотре: Отечность и гиперемия слизистой оболочки вульвы и влагалища; творожистые вагинальные выделения.

Микроскопическое исследование препаратов из влагалища, окрашенных по Граму - обнаружены грибы рода Candida.

Больной диагностирован : Кандидоз вульвы и вагины.

1. Осложнения урогенитального кандидоза у женщин.
2. Показания к проведению лечения.
3. Схемы лечения кандидоза вульвы и вагины
4. Требования к результатам лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №5

К венерологу обратился больной 28 лет с жалобами на высыпания в области головки полового члена, зуд при мочеиспускании.

При осмотре: пятна и папулы в области головки полового члена, покрытые белым налетом; гиперемия и отечность губок уретры.

Микроскопическое исследование препарата с поверхности головки полового члена и уретры, окрашенного по Граму- обнаружены грибы рода Candida.

Больному диагностирован Кандидозный баланит, уретрит.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Дифференциальная диагностика урогенитального кандидоза у мужчин.
3. Общие замечания по фармакотерапии.
4. Лечение рецидивирующего урогенитального кандидоза
5. Требования к результатам лечения.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Эпидемиология кандидоза.
2. Классификация урогенитального кандидоза.
3. Клинические проявления урогенитального кандидоза у взрослых и детей.

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

1. Современные особенности этиопатогенеза урогенитального кандидоза.
2. Эпидемиология урогенитального кандидоза.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
3.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		

4.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804 В. И.	Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		
6.	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. . - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063	В. В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей.	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		

Электронные ресурсы

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №51

**ТЕМА: «Урогенитальный кандидоз. Диагностика. Лечение»
Индекс темы ОД.О.01.1.3.51**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №51

Тема: «Урогенитальный кандидоз. Диагностика. Лечение»

2. Форма организации учебного процесса: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы: Знание диагностики и дифференциальной диагностики урогенитального кандидоза необходимо дерматовенерологам для проведения лечения.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):
 - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
 - -готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
 - готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
 - учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению урогенитального кандидоза.
- **знать:**
 - верификацию диагноза урогенитального кандидоза.
 - дифференциальную диагностику урогенитального кандидоза.
 - схемы лечения и контроль излеченности.
- **уметь:**
 - взять клинический материал для лабораторных исследований;
 - провести осмотр половых органов у мужчин и женщин;
 - провести микроскопическое исследование нативного и окрашенного препарата на грибы Candida.
- **владеть:**

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание;

5. План изучения темы:

5.1 Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗА ВУЛЬВЫ И ВАГИНЫ У ЖЕНЩИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) белые или желтовато-белые творожистые выделения из половых путей;
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) белые или желтовато-белые творожистые выделения из половых путей, диспареуния, дизурия, дискомфорт в области наружных половых органов
- 5) дискомфорт в области наружных половых органов

2. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗА ВУЛЬВЫ И ВАГИНЫ У ЖЕНЩИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) гиперемия и отечность в области вульвы, влагалища
- 2) белые или желтовато-белые творожистые выделения на слизистой вульвы и во влагалище
- 3) трещины кожных покровов и слизистых оболочек в области вульвы и перианальной области
- 4) гиперемия и отечность в области вульвы, влагалища, белые или желтовато-белые творожистые выделения на слизистой вульвы и во влагалище, трещины кожных покровов и слизистых оболочек в области вульвы и перианальной области; сухость, атрофичность, лихенификация в области поражения.
- 5) сухость, атрофичность, лихенификация в области поражения.

3. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗНОГО БАЛАНИТА У МУЖЧИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) дискомфорт в области наружных половых органов
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) покраснение и отечность в области головки полового члена, высыпания, покрытые белым налетом.
- 5) дискомфорт в области наружных половых органов, диспареуния, дизурия, покраснение и отечность в области головки полового члена, высыпания, покрытые белым налетом.

4. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗНОГО БАЛАНИТА У МУЖЧИН (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) гиперемия и отечность в области головки полового члена
- 2) высыпания в виде пятен, папул в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом;
- 3) высыпания в виде эрозий в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом;
- 4) трещины в области головки полового члена.

5) гиперемия и отечность в области головки полового члена, высыпания в виде пятен, папул в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом, высыпания в виде эрозий в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом, трещины в области головки полового члена

5. ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА (УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) клиническое выздоровление
- 2) клиническое выздоровление, предотвращение развития осложнений, нормализация лабораторных показателей
- 3) предотвращение развития осложнений;
- 4) нормализация лабораторных показателей.

6. ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗА ВУЛЬВЫ И ВАГИНЫ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) клотримазол 1% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7–14 дней
- 2) итраконазол 200 мг внутрь однократно.
- 3) флуконазол 150 мг внутрь в течение 3 дней
- 4) миконазол вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней
- 5) бутоконазол 2% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7 дней

7. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6)

- 1) 10 дней
- 2) 21 день
- 3) 30 дней
- 4) 7 дней
- 5) 14 дней

8. ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) флуконазол 2 мг на 1 кг массы тела – суточная доза внутрь однократно;
- 2) натамицин 2% крем 1 раз в сутки в течение 3 дней.
- 3) итраконазол 200 мг внутрь однократно
- 4) флуконазол 150 мг внутрь в течение 3 дней
- 5) бутоконазол 2% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7 дней

9. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ (УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6)

- 1) клиническое выздоровление
- 2) нормализация микроскопической картины
- 3) клиническое выздоровление; нормализация микроскопической картины и показателей культурального исследования.
- 4) нормализация показателей культурального исследования.

5.2. Основные понятия и положения темы.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Верификация диагноза урогенитального трихомониаза базируется на результатах лабораторных исследований – обнаружении *T. vaginalis* с помощью методов:

- микроскопического исследования нативного препарата (световое, фазово-контрастное и темнопольное). Особенностью данного метода является немедленное исследование после получения клинического материала.

Наибольшая чувствительность и специфичность микроскопического исследования нативного препарата установлена при клинически выраженных формах заболевания;

- микроскопического исследования препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего, по Граму и Романовскому–Гимзе. Является наиболее доступным методом исследования, однако чувствительность его не превышает 40–60% в связи с субъективной оценкой результатов;

- молекулярно-биологических методов исследования, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *T. vaginalis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации;

- культурального исследования (показано при мало- и бессимптомных формах заболевания).

У девочек до наступления менархе диагноз урогенитального трихомониаза устанавливается на основании результатов микроскопического и/или культурального метода исследования, подтвержденного молекулярно-биологическим методом.

Другие методы лабораторных исследований, в том числе пряма иммунофлюоресценция (ПИФ) и иммуноферментный анализ (ИФА) для обнаружения антител к *T. vaginalis*, недопустимо использовать для диагностики трихомонадной инфекции.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Следует проводить дифференциальный диагноз с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*,

M. genitalium) и условно-патогенными микроорганизмами (грибами рода *Candida*, микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом, генитальными микоплазмами), вирусами (вирусом простого герпеса), а также аллергическими вульвовагинитами и баланопоститами.

ЛЕЧЕНИЕ

Показанием к проведению лечения является обнаружение *T. vaginalis* при микроскопическом и/или культуральном исследованиях и/или исследовании молекулярно-биологическими методами у пациента либо у его полового партнера.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

Цели лечения:

- эрадикация *T. vaginalis*;
- клиническое выздоровление;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

Во избежание развития тяжелых побочных реакций (дисульфирамоподобная реакция) пациентов следует предупреждать о необходимости избегать приема алкоголя и содержащих его продуктов как в ходе терапии метронидазолом и тинидазолом, так и в течение 24 часов после его окончания.

При непереносимости перорального метронидазола его интравагинальное назначение также противопоказано.

Рекомендованные схемы лечения:

■ метронидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней
или

■ орнидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней
или

■ тинидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней.

Альтернативные схемы лечения:

■ метронидазол 2,0 г внутрь однократно
или

■ орнидазол 1,5 г внутрь однократно
или

■ тинидазол 2,0 г внутрь однократно.

Лечение осложненного, рецидивирующего трихомониаза и трихомониаза других локализаций:

■ метронидазол 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней или 2,0 г внутрь
1 раз в сутки в течение 5 дней

или

■ орнидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней
или

■ тинидазол 2,0 г внутрь 1 раз в сутки в течение 3 дней.

При лечении осложненных форм урогенитального трихомониаза возможно одновременное применение местнодействующих протистостатических препаратов:

■ метронидазол вагинальная таблетка 500 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней

■ или

■ метронидазол гель 0,75% 5 г интравагинально 1 раз в сутки в течение 5
дней.

Лечение беременных осуществляется на любом сроке для предотвращения преждевременного разрыва плодных оболочек, преждевременных родов и низкой массы плода:

■ метронидазол 2,0 г однократно.

Лечение детей:

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

или

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

Требования к результатам лечения

■ эрадикация *T. vaginalis*;

■ клиническое выздоровление.

КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Установление излеченности трихомонадной инфекции на основании микроскопического, культурального метода исследования и методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее, чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ

■ исключение реинфекции;

■ назначение иных препаратов или курсовых методик лечения.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

5.4.Итоговый контроль знаний:

Задача №1

Женщина 25 лет обратилась к венерологу по поводу белых творожистых густых выделений из половых путей, болезненности во время половых контактов, болезненности при мочеиспускании

При осмотре: Отечность и гиперемия слизистой оболочки вульвы и влагалища; сливкообразные вагинальные выделения.

Микроскопическое исследование нативных препаратов в мазках из влагалища обнаружело грибы рода Candida.

Больной диагностирован : Кандидоз вульвы и вагины.

1. Какие субъективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
- 3.Цели лечения
- 4.Назначить лечение больной.
5. Контроль излеченности.

Задача №2

У больного через несколько дней после половой связи с посторонней женщиной появилось покраснение и отечность в области головки полового члена, болезненность во время половых контактов .

При осмотре: покраснение и отечность в области головки полового члена

Микроскопическое исследование нативного препарата с поверхности головки полового члена- обнаружены грибы рода Candida.

Больному диагностирован Кандидозный баланит.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Цели лечения.
5. Назначьте лечение больному.

Задача №3

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для исключения инфекции, передаваемой половым путем.

Жалобы на белые, творожистые, густые выделения из половых путей, болезненность во время половых контактов, болезненность при мочеиспускании.

При осмотре: Отечность и гиперемия слизистой оболочки вульвы и влагалища; сливкообразные вагинальные выделения, трещины в области вульвы.

Микроскопическое исследование нативного препарата из влагалища -обнаружены грибы рода Candida, в мазке из уретры грибы рода Candida не обнаружены.

Больной диагностирован : Кандидоз вульвы и вагины.

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
- 2.Осложнения урогенитального кандидоза у женщин.

3. Дифференциальная диагностика.
4. Особенности лечения беременных.
5. Контроль излеченности.

Задача №4

К венерологу обратилась женщина 27 лет с жалобами на белые творожистые выделения из влагалища, болезненности во время половых контактов.

При осмотре: Отечность и гиперемия слизистой оболочки вульвы и влагалища; творожистые вагинальные выделения.

Микроскопическое исследование препаратов из влагалища, окрашенных по Граму обнаружены грибы рода Candida.

Больной диагностирован : Кандидоз вульвы и вагины.

1. Осложнения урогенитального кандидоза у женщин.
2. Показания к проведению лечения.
3. Схемы лечения кандидоза вульвы и вагины
4. Требования к результатам лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №5

К венерологу обратился больной 28 лет с жалобами на высыпания в области головки полового члена, зуд при мочеиспускании.

При осмотре: пятна и папулы в области головки полового члена, покрытые белым налетом; гиперемия и отечность губок уретры.

Микроскопическое исследование препарата с поверхности головки полового члена и уретры, окрашенного по Граму- обнаружены грибы рода Candida.

Больному диагностирован Кандидозный баланит, уретрит.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Дифференциальная диагностика урогенитального кандидоза у мужчин.
3. Общие замечания по фармакотерапии.
4. Лечение рецидивирующего урогенитального кандидоза
5. Требования к результатам лечения.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Эпидемиология кандидоза.
2. Классификация урогенитального кандидоза.
3. Клинические проявления урогенитального кандидоза у взрослых и детей.

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

1. Современные особенности этиопатогенеза урогенитального кандидоза.
2. Эпидемиология урогенитального кандидоза.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

Наименование, вид издания	Автор, составитель,	Место издания,	Кол-во экземпляров
---------------------------	---------------------	----------------	--------------------

	редактор	издательство, год	в библиотеке	на кафедре
Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804В. И.	Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		
Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. . - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063	В. В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей.	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В.
---	---

	Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	<u>Дерматовенерология</u> [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №52

**ТЕМА: «Аногенитальные бородавки. Этиология. Патогенез.
Эпидемиология. Клинические проявления»**

Индекс темы ОД.О.01.1.3.52

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №52

Тема: «Аногенитальные бородавки. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клинические проявления»

2. Форма организации учебного процесса: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы: Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики аногенитальных бородавок необходимо для проведения диагностики и лечения данной патологии.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: ознакомить обучающихся с клиническими проявлениями аногенитальных бородавок.

— **знать:**

- этиологические и патогенетические факторы развития папилломавирусной инфекции;
- классификацию аногенитальных бородавок;
- особенности клинических проявлений ;

— **уметь:**

- собрать анамнестические данные у больных;
- провести осмотр половых органов у взрослых и детей;
- составить алгоритм обследования и лечения больных.

— **владеть:**

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данные заболевания;

1. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) наличие одиночных или множественных образований в виде папул, папиллом на кожных покровах и слизистых оболочках наружных половых органов;
- 2) зуд и парестезии в области поражения
- 3) болезненные трещины и кровоточивость кожных покровов и слизистых оболочек в местах поражения.
- 4) диспареуния
- 5) все вышеперечисленное верно

2. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) остроконечные кондиломы;
- 2) бородавки в виде папул, пятен
- 3) бовеноидный папулез и болезнь Боуэна.
- 4) гигантская кондилома Бушке–Левенштайна
- 5) все вышеперечисленное верно

3. КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) остроконечные кондиломы;
- 2) бородавки в виде папул и пятен;
- 3) внутриэпителиальная неоплазия;
- 4) бовеноидный папулез и болезнь Боуэна;
- 5) все вышеперечисленное верно

4. ПУТИ ИНФЕЦИРОВАНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) половой контакт;
- 2) трансплацентарный;
- 3) перинатальный
- 4) контактно-бытовой
- 5) все вышеперечисленное верно

5. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) молекулярно-биологические методы, позволяющие идентифицировать генотип ВПЧ;
- 2) цитологическое исследование.
- 3) морфологическое исследование.
- 4) все вышеперечисленное верно

6. КОНСУЛЬТАЦИИ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ РЕКОМЕНДОВАНЫ В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) гинеколога (с целью ранней диагностики фоновых и диспластических процессов шейки матки, вульвы и влагалища);
- 2) уролога (при внутриуретральной локализации поражений);
- 3) проктолога (при наличии обширного поражения в анальной области);
- 4) иммунолога (при наличии иммунодефицитных состояний и рецидивировании заболевания)
- 5) все вышеперечисленное верно

7. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) с сифилитической инфекцией
- 2) контагиозным моллюском
- 3) фиброэпителиальной папилломой
- 4) себорейным кератозом
- 5) все вышеперечисленное верно

8. МЕТОДЫ ДЕСТРУКЦИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК (УК-1, ПК-6)

- 1) цитотоксические методы
- 2) химические методы
- 3) иммуномодуляторы
- 4) физические методы
- 5) все вышеперечисленное верно

9. ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДЕСТРУКЦИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК (УК-1, ПК-6)

- 1) электрокоагуляция;
- 2) лазерная деструкция;
- 3) радиохирургическая деструкция;
- 4) криодеструкция.
- 5) все вышеперечисленное верно

5.2. Основные понятия и положения темы.

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 - А63.0

Аногенитальные бородавки – вирусное заболевание, обусловленное вирусом папилломы человека (ВПЧ) и характеризующееся появлением экзофитных и эндофитных разрастаний на коже и слизистых оболочках наружных половых органов, уретры, влагалища, шейки матки, перианальной области.

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) наиболее часто регистрируется у лиц молодого возраста, имеющих большое число половых партнеров. По данным ВОЗ, 50–80% населения инфицировано ВПЧ, но лишь 1–2% имеют клинические проявления. Выявляемость ВПЧ значительно варьирует в различных этнико-географических регионах и определяется поведенческими, социально-экономическими, медицинскими,

гигиеническими факторами. Географические колебания характерны не только для выявляемости ВПЧ-инфекции, но и для распределения генотипов ВПЧ.

В Российской Федерации показатели заболеваемости аногенитальными бородавками в 2011 году составили 29,4 на 100 тысяч населения. Наиболее уязвимой для инфицирования является возрастная группа от 18 до 29 лет, среди которой регистрируются высокие интенсивные показатели заболеваемости аногенитальными бородавками, составляющие в общей структуре ИППП 55–65%.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Выделяют несколько клинических разновидностей аногенитальных бородавок:

- остроконечные кондиломы;
- бородавки в виде папул;
- поражения в виде пятен;
- внутриэпителиальная неоплазия;
- бовеноидный папулез и болезнь Боуэна;
- гигантская кондилома Бушке–Левенштайна.

ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

- половой контакт;
- трансплацентарный;
- перинатальный;
- контактно-бытовой, при этом возможность аутоинокуляции и передачи ВПЧ через бытовые предметы остается недостаточно изученной.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

При сборе анамнеза выясняют:

- давность возникновения образований, выявление тенденции к их прогрессированию и клинической трансформации;
- при рецидиве высыпаний – частоту рецидивов, время последнего рецидива заболевания, методы деструкции высыпаний в анамнезе.

Субъективные симптомы:

- наличие одиночных или множественных образований в виде папул, папиллом на кожных покровах и слизистых оболочках наружных половых органов;
- зуд и парестезии в области поражения;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- при локализации высыпаний в области уретры – зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- болезненные трещины и кровоточивость кожных покровов и слизистых оболочек в местах поражения.

Объективные симптомы:

- остроконечные кондиломы – пальцеобразные выпячивания на поверхности кожных покровов и слизистых оболочек, имеющие типичный «пестрый» и/или петлеобразный рисунок и локализующиеся на коже внутреннего листка крайней плоти и головки полового члена, в области наружного отверстия мочеиспускательного канала, малых половых губ, входа во влагалище, влагалища, шейки матки, паховой области, промежности и анальной области;
- бородавки в виде папул – папулезные высыпания без пальцеобразных выпячиваний, локализующиеся на кератинизированном эпителии (наружный листок крайней плоти, тело

полового члена, мошонка, латеральная область вульвы, лобок, промежность и перианальная область);

■ поражения в виде пятен – серовато-белые, розовато-красные или красновато-коричневые пятна на слизистой оболочке половых органов;

■ бовеноидный папулез и болезнь Боуэна – папулы и пятна с гладкой бархатистой поверхностью; цвет элементов в местах поражения слизистой оболочки – бурый или оранжево-красный, а поражений на коже – пепельно-серый или коричневатого-черный;

■ гигантская кондилома Бушке–Левенштайна – мелкие бородавчатоподобные папилломы, сливающиеся между собой и образующие очаг поражения с широким основанием.

Для улучшения визуализации аногенитальных бородавок проводится проба с 3–5% раствором уксусной кислоты, после обработки которой образования некоторое время сохраняют серовато-белую окраску и усиливается сосудистый рисунок.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

5.4.Итоговый контроль знаний:

Задача №1

Женщина 25 лет обратилась к венерологу по поводу образования на слизистой оболочке правой половой губы; зуда и парестезии в области поражения; болезненность во время половых контактов

При осмотре: одиночное папулезное образование размером с горошину на внутренней поверхности правой большой половой губы

Диагностирована аногенитальная бородавка в виде папулы на правой большой половой губе

1. Какие субъективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Пути инфицирования.
3. Цели лечения
4. Назначить лечение больной.
5. Требования к результату лечения.

Задача №2

У больного через в области головки полового члена множественные папилломы.

При осмотре: в области головки полового члена множественные образования в виде папиллом.

Диагностированы аногенитальные бородавки (остроконечные кондиломы)

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Цели лечения.
5. Назначьте лечение больному.

Задача №3

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для лечения аногенитальных бородавок.

При осмотре: на малых и больших половых губах множественные отсроконечные кондиломы.

Диагноз: Аногенитальные бородавки (остроконечные кондиломы)

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции?
2. Пути инфицирования.
3. Показания к проведению лечения.
4. Общее замечание по терапии.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №4

К венерологу обратилась беременная женщина 27 лет с направительным диагнозом гигантская кондилома Бушке–Левенштайна.

При осмотре: мелкие бородавчатоподобные папилломы, сливающиеся между собой и образующие очаг поражения с широким основанием.

1. Классификация аногенитальных бородавок.
2. Показания к проведению лечения.
3. Особенности лечения беременных женщин.
4. Требования к результатам лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №5

К венерологу обратился больной 28 лет с жалобами на появления бородавок на половом члене и мошонке.

При осмотре: на теле полового члена и мошонке папулезные высыпания, локализующиеся на кератинизированном эпителии.

Диагноз: аногенитальные бородавки(бородавки в виде папул)

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Общие замечания по терапии.
4. Физические методы лечения.
5. Требования к результатам лечения.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Клинические разновидности аногенитальных бородавок.
2. Пути инфицирования.
3. Субъективные и объективные симптомы аногенитальных бородавок.

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

1. Субъективные и объективные симптомы папилломавирусной инфекции.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель , редактор	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библ иоте ке	на кафедр е
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
3.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804 В. И.	Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		
5.	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие	пособие Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск: КрасГМУ, 2017.		

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №53

**ТЕМА: «Аногенитальные бородавки. Лабораторные исследования.
Методы лечения. Требования к результатам лечения»
Индекс темы ОД.О.01.1.3.53**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №53

Тема: «Аногенитальные бородавки. Лабораторные исследования. Методы лечения. Требования к результатам лечения»

2. Форма организации учебного процесса: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы: Знание диагностики папилломавирусной инфекции необходимо дерматовенерологам, для проведения лечения данного заболевания

4.Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
 - готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению аногенитальных бородавок.

— знать:

- диагностические критерии папилломавирусной инфекции;
- методы деструкции аногенитальных бородавок;
- тактику при отсутствии эффекта от лечения.

— уметь:

- собрать анамнестические данные у больных;
- провести осмотр половых органов у взрослых;
- составить алгоритм обследования и лечения больных.

- **владеть:**
- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данные заболевания;

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) наличие одиночных или множественных образований в виде папул, папиллом на кожных покровах и слизистых оболочках наружных половых органов;
- 2) зуд и парестезии в области поражения
- 3) болезненные трещины и кровоточивость кожных покровов и слизистых оболочек в местах поражения
- 4) диспареуния
- 5) все вышеперечисленное верно

2. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) остроконечные кондиломы;
- 2) бородавки в виде папул, пятен
- 3) бовеноидный папулез и болезнь Боуэна
- 4) гигантская кондилома Бушке–Левенштайна
- 5) все вышеперечисленное верно

3. КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) остроконечные кондиломы;
- 2) бородавки в виде папул и пятен;
- 3) внутриэпителиальная неоплазия;
- 4) бовеноидный папулез и болезнь Боуэна;
- 5) все вышеперечисленное верно

4. ПУТИ ИНФЕКЦИРОВАНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) половой контакт;
- 2) трансплацентарный;
- 3) перинатальный
- 4) контактно-бытовой
- 5) все вышеперечисленное верно

5. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) молекулярно-биологические методы, позволяющие идентифицировать генотип ВПЧ;
- 2) цитологическое исследование.

- 3) морфологическое исследование.
- 4) все вышеперечисленное верно

6. КОНСУЛЬТАЦИИ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ РЕКОМЕНДОВАНЫ В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) гинеколога (с целью ранней диагностики фоновых и диспластических процессов шейки матки, вульвы и влагалища);
- 2) уролога (при внутриуретральной локализации поражений);
- 3) проктолога (при наличии обширного поражения в анальной области);
- 4) иммунолога (при наличии иммунодефицитных состояний и рецидивировании заболевания)
- 5) все вышеперечисленное верно

7. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

- 1) с сифилитической инфекцией
- 2) контагиозным моллюском
- 3) фиброэпителиальной папилломой
- 4) себорейным кератозом
- 5) все вышеперечисленное верно

8. МЕТОДЫ ДЕСТРУКЦИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК (УК-1, ПК-6)

- 1) цитотоксические методы
- 2) химические методы
- 3) иммуномодуляторы
- 4) физические методы
- 5) все вышеперечисленное верно

9. ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДЕСТРУКЦИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК (УК-1, ПК-6)

- 1) электрокоагуляция;
- 2) лазерная деструкция;
- 3) радиохирургическая деструкция;
- 4) криодеструкция.
- 5) все вышеперечисленное верно

5.2. Основные понятия и положения темы.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагноз аногенитальных бородавок устанавливается на основании клинических проявлений.

Для верификации диагноза могут использоваться:

- молекулярно-биологические методы, позволяющие идентифицировать генотип ВПЧ;
- цито- и морфологическое исследование.

Консультации смежных специалистов рекомендованы в следующих случаях:

- гинеколога (с целью ранней диагностики фоновых и диспластических процессов шейки матки, вульвы и влагалища);

- уролога (при внутриуретральной локализации поражений);
- проктолога (при наличии обширного поражения в анальной области);
- иммунолога (при наличии иммунодефицитных состояний и рецидивировании заболевания).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальная диагностика проводится с сифилитической инфекцией и заболеваниями кожи (контагиозным моллюском, фиброэпителиальной папилломой и себорейным кератозом). У мужчин также необходимо дифференцировать аногенитальные бородавки с «папулезным ожерельем» полового члена, которое проявляется 1-3 рядами отдельных, не сливающихся папул диаметром 1–2 мм, расположенных по окружности венца головки полового члена и (или) симметрично около уздечки крайней плоти.

У женщин необходимо дифференцировать аногенитальные бородавки с микропапилломатозом вульвы – физиологическим вариантом, представляющим собой несливающиеся папулы правильной формы, расположенные симметрично на внутренней поверхности малых половых губ и в области преддверия влагалища.

Сальные железы в области крайней плоти и вульвы у здоровых лиц также часто выглядят как отдельные или множественные папулы серовато-желтого цвета, расположенные на внутренней поверхности крайней плоти и малых половых губах.

ЛЕЧЕНИЕ

Показанием к проведению лечения является наличие клинических проявлений заболевания. Обследование и лечение половых партнеров проводится при наличии у них клинических проявлений.

Цели лечения:

- деструкция аногенитальных бородавок;
- улучшение качества жизни пациентов.

Основным направлением в лечении является деструкция клинических проявлений заболевания. Вне зависимости от применяемого метода деструкции аногенитальных бородавок у 20–30% пациентов могут развиваться новые поражения на границе между иссеченными и внешне здоровыми тканями или в других местах.

Методы деструкции аногенитальных бородавок:

1. Цитотоксические методы.

Подофиллотоксин (0,15 % крем или 0,5% раствор) 2 раза в сутки в течение 3 дней с 4-дневным интервалом. Крем 0,15 % рекомендуется применять в терапии аногенитальных бородавок, расположенных в анальной области и области вульвы. Раствор 0,5% рекомендуется применять в терапии аногенитальных бородавок, расположенных на коже полового члена. Курсовое лечение продолжают до исчезновения клинических проявлений, но не более 4-5 курсов. Безопасность применения препарата у беременных не изучена. Подофиллотоксин не рекомендуется применять в терапии аногенитальных бородавок, расположенных на слизистой оболочке прямой кишки, влагалища, шейки матки, уретры.

2. Химические методы.

Солкодерм (комбинация азотной, уксусной, щавелевой, молочной кислот и тригидрата нитрата меди). Раствор наносится однократно непосредственно на аногенитальные бородавки при помощи стеклянного капилляра или пластмассового шпателя, не

затрагивая здоровых тканей. Не рекомендуется обрабатывать поверхность, превышающую 4–5 см², перерыв между процедурами составляет 1–4 недели.

3. Иммуномодуляторы для местного применения

Имиквимод крем наносится тонким слоем на пораженные участки кожи на ночь (на 6–8 часов) 3 раза в неделю (через день). Утром крем необходимо смыть с кожи теплой водой с мылом. Курс лечения длится до полного исчезновения аногенитальных бородавок, но не более 16 недель.

Внутриочаговое введение препаратов α -интреферона.

Применение системных иммуномодулирующих средств может быть рекомендовано при рецидивирующем течении заболевания.

4. Физические методы

- электрокоагуляция;
- лазерная деструкция;
- радиохирургическая деструкция;
- криодеструкция.

5. Хирургическое иссечение.

Лечение беременных. Во время беременности возможна активная пролиферация аногенитальных бородавок. Лечение беременных проводится при наличии выраженных клинических проявлений, препятствующих прохождению плода через родовые пути матери. Кесарево сечение для профилактики ювенильного папилломатоза гортани не показано.

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

Требования к результатам лечения: клиническое выздоровление.

ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ

При рецидивировании клинических проявлений рекомендуется повторная деструкция аногенитальных бородавок. При отсутствии клинических проявлений пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Задача №1

Женщина 25 лет обратилась к венерологу по поводу образования на слизистой оболочке правой половой губы; зуда и парестезии в области поражения; болезненность во время половых контактов

При осмотре: одиночное папулезное образование размером с горошину на внутренней поверхности правой большой половой губы.

Диагностирована аногенитальная бородавка в виде папулы на правой большой половой губе.

1. Какие субъективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Пути инфицирования.
3. Цели лечения

4. Назначить лечение больной.
5. Требования к результату лечения.

Задача №2

У больного через в области головки полового члена множественные папиломы.

При осмотре: в области головки полового члена множественные образования в виде папиллом.

Диагностированы аногенитальные бородавки (остроконечные кондиломы).

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Цели лечения.
5. Назначьте лечение больному.

Задача №3

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для лечения аногенитальных бородавок

При осмотре: на малых и больших половых губах множественные отстроконечные кондиломы.

Диагноз: Аногенитальные бородавки (остроконечные кондиломы).

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции?
2. Пути инфицирования.
3. Показания к проведению лечения.
4. Общее замечание по терапии.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №4

К венерологу обратилась беременная женщина 27 лет с направительным диагнозом гигантская кондилома Бушке–Левенштайна.

При осмотре: мелкие бородавчатоподобные папилломы, сливающиеся между собой и образующие очаг поражения с широким основанием.

1. Классификация аногенитальных бородавок.
2. Показания к проведению лечения.
3. Особенности лечения беременных женщин.
4. Требования к результатам лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №5

К венерологу обратился больной 28 лет с жалобами на появления бородавок на половом члене и мошонке.

При осмотре: на теле полового члена и мошонке папулезные высыпания, локализующиеся на кератинизированном эпителии.

Диагноз: аногенитальные бородавки(бородавки в виде папул).

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Общие замечания по терапии.
4. Физические методы лечения.
5. Требования к результатам лечения.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Цели лечения аногенитальных бородавок.
2. Методы деструкции аногенитальных бородавок.
3. Лечение детей. Требования к результатом лечения.

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

1. Методы деструкции аногенитальных бородавок.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/I_SBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804 В. И.	Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		
3	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие	пособие Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск: КрасГМУ, 2017.		

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А.

	Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №54

**ТЕМА: «Генитальный герпес. Этиология. Эпидемиология. Клинические
проявления. Дифференциальная диагностика. Лечение»**

Индекс темы ОД.О.01.1.3.54

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №54

Тема: «Генитальный герпес. Этиология. Эпидемиология. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Лечение»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики генитального герпеса необходимо дерматовенерологам, учитывая очень большую распространенность, возникновение осложнений у больных, для проведения диагностики и лечения данной патологии.

4. Цели обучения:

-общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);
 - готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
 - учебная: изучить основные клинические проявления герпетической инфекции, подготовить специалистов по диагностике и лечению герпетической инфекции.
-
- знать:
 - этиологические и патогенетические факторы развития герпетической инфекции, особенности клинических проявлений и течения у взрослых и детей;
 - схемы лечения;
 - тактику при отсутствии эффекта от лечения.
-
- уметь:
 - собрать анамнестические данные у больных;
 - провести осмотры половых органов у взрослых;
 - составить алгоритм обследования и лечения больных.

— владеть:

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать генитальный герпес.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. ПРИЧИНОЙ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5):

- 1) ВПГ I типа;
- 2) ВПГ II типа;
- 3) ВПГ как I, так и II типа, при этом частота выявления ВПГ II типа выше;
- 4) ВПГ как I, так и II типа, при этом частота выявления ВПГ II типа ниже;
- 5) вирус папилломы человека.

2. ПУТЯМИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-6, ПК-9):

- 1) половой;
- 2) воздушно-капельный;
- 3) перинатальный;
- 4) половой, перинатальный, аутоинокуляция;
- 5) половой, воздушно-капельный, перинатальный.

3. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6):

- 1) дизурия, диспареуния;
- 2) зуд, боль в области высыпаний;
- 3) высыпания в области половых органов;
- 4) высыпания в области половых органов, зуд, боль в области высыпаний, дизурия, диспареуния;
- 5) высыпания в области половых органов, зуд, боль в области высыпаний, единичные и множественные везикулезные элементы с прозрачным содержимым, дизурия, диспареуния

4. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6):

- 1) гиперемия и отечность кожи и слизистых оболочек;
- 2) единичные и множественные везикулезные элементы с прозрачным содержимым;
- 3) поверхностные эрозии соответственно числу бывших пузырьков;
- 4) поражение паховых лимфоузлов;
- 5) все перечисленное верно.

5. АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6):

- 1) субклиническая форма;
- 2) abortивная форма;
- 3) геморрагическая форма;
- 4) субклиническая, abortивная, геморрагическая формы;
- 5) abortивная, субклиническая формы.

6. ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) микробиологического исследования (выделение чистой культуры возбудителя);

- 2) ПИФ;
- 3) ПЦР, ИФА;
- 4) ИФА;
- 5) микроскопического исследования.

7. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА ПРОВОДИТСЯ С (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9):

- 1) сифилисом;
- 2) чесоткой;
- 3) контактным дерматитом;
- 4) трихомонадным баланопоститом;
- 5) все вышеперечисленное верно.

8. В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) антибиотики тетрациклинового ряда;
- 2) макролиды;
- 3) противовирусные препараты;
- 4) антибиотики тетрациклинового ряда, макролиды;
- 5) антибиотики тетрациклинового ряда, макролиды, сульфопрепараты.

9. ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) влагалищные спринцевания;
- 2) макролиды;
- 3) метронидазол 500 мг per os 2 раза в сутки, 7 дней;
- 4) валацикловир 500 мг per os 2 раза в сутки, 7 дней;
- 5) валацикловир 500 мг per os 5 раз в сутки, 7 дней.

9. ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У БЕРЕМЕННЫХ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) ацикловир 200 мг per os 5 раз в сутки, 5-10 дней;
- 2) ацикловир 400 мг per os 2 раза в сутки, 5 дней;
- 3) валацикловир 500 мг per os 1 раз в сутки, 5 дней;
- 4) фамцикловир 250 мг per os 2 раза в сутки, 5 дней;
- 5) фамцикловир 500 мг per os 2 раза в сутки, 5 дней

5.2. Основные понятия и положения темы.

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 - А60

Генитальный герпес - хроническое рецидивирующее вирусное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем, которое вызывается вирусом простого герпеса (ВПГ) II и/или I типа.

Генитальный герпес - наиболее распространенное эрозивно-язвенное заболевание гениталий. Сероэпидемиологические исследования указывают на повсеместное распространение генитальной герпетической инфекции. Ежегодно генитальным герпесом заболевают около 500 000 человек. У большинства из них инфекция остается недиагностированной вследствие частых субклинических и атипичных форм заболевания.

Генитальный герпес вызывается ВПГ как I, так и II типа, при этом частота выявления ВПГ II типа выше.

В эпидемиологии генитального герпеса важное значение имеет бессимптомное вирусовыделение: до 70% случаев передачи генитального ВПГ происходит при бессимптомном течении инфекционного процесса у больного.

Частота инфицирования вновь приобретенным ВПГ II типа составляет 5,1 на 100 человек в год. В Российской Федерации показатель заболеваемости генитальным герпесом в 2014 году составил 14,2 случаев на 100000 населения: у лиц в возрасте от 0 до 14 лет – 0,1 случаев на 100000 населения, у лиц в возрасте 15-17 лет - 8,5 случаев на 100000 населения, у лиц в возрасте старше 18 лет - 17,2 случаев на 100000 населения.

КЛАССИФИКАЦИЯ

A60.0 Герпетическая инфекция половых органов и мочеполового тракта

A60.1 Герпетическая инфекция перианальных кожных покровов и прямой кишки

ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

У взрослых лиц:

- половой контакт (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным герпетической инфекцией как при наличии клинической симптоматики герпетической инфекции у партнера, являющегося источником заболевания, так и при ее отсутствии, но в период выделения вируса);
- аутоинокуляция.

У детей:

- трансплацентарный (редко);
- перинатальный;
- половой контакт;
- контактно-бытовой (при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми);
- аутоинокуляция.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

В клинической практике различают:

- первый клинический эпизод генитального герпеса;
- рецидивирующий генитальный герпес.

Субъективные симптомы:

- болезненные высыпания в области половых органов и/или в перианальной области;
- зуд, боль, парестезии в области поражения;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- при локализации высыпаний в области уретры - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- при вагинальной локализации высыпаний - слизисто-гнойные вагинальные выделения;
- общие симптомы интоксикации (повышение температуры тела, головная боль, тошнота, недомогание, миалгия, нарушения сна), возникающие чаще при первом эпизоде заболевания, чем при его рецидиве.

Тяжесть и продолжительность клинических проявлений при рецидивах генитального герпеса менее выражены, чем при первом эпизоде заболевания.

Рецидивы при инфицировании ВПГ II типа возникают раньше и чаще, чем при инфицировании ВПГ I типа.

Объективные симптомы:

Манифестная (типичная) форма генитального герпеса:

- гиперемия и отечность кожных покровов и слизистых оболочек в области поражения: у мужчин – в области полового члена, мошонки, лобка, промежности, перианальной области; у женщин - в области вульвы, клитора, влагалища, шейки матки, лобка, промежности, перианальной области;
- единичные или множественные везикулезные элементы полициклической фестончатой формы с прозрачным содержимым, нередко билатеральные, на гиперемированном основании, локализующиеся в области поражения;
- после вскрытия везикулезных элементов образуются поверхностные, покрытые сероватым налетом эрозии размером 2-4 мм соответственно числу бывших пузырьков или сплошная эрозия с гладким дном и неподрытыми краями, окруженными ярко-красным ободком. При присоединении вторичной инфекции отмечается появление гнойного экссудата;
- увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов.

Атипичные формы генитального герпеса:

- гиперемия и отечность области поражения при отсутствии патологических высыпаний;
- рецидивирующие трещины слизистой оболочки наружных половых органов, которые самостоятельно эпителизируются в течение 4 - 5 дней;
- геморрагическая форма: единичные или множественные везикулезные элементы с геморрагическим содержимым;
- abortивная форма: очаг поражения в виде зудящего пятна или папулы при отсутствии везикулезных элементов;
- субклиническая форма: кратковременное появление на слизистой оболочке наружных половых органов поверхностных трещинок, сопровождающихся незначительным зудом.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений.

Лабораторные методы исследования используются для уточнения этиологии заболевания, при атипичных формах заболевания, а также с целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями.

Содержимое везикул, смывы с тканей и органов, мазки-отпечатки, соскобы, биологические жидкости и секреты организма (слизь, моча, секрет предстательной железы) исследуются молекулярно-биологическими методами с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.

С целью выявления циркулирующих в сыворотке крови или других биологических жидкостях и секретах организма больного специфических противогерпетических антител (IgM, IgG,) может использоваться метод иммуноферментного анализа (ИФА).

При частоте рецидивов более 6 раз в год показано обследование для исключения ВИЧ-инфекции.

Консультации других специалистов рекомендованы по показаниям в следующих случаях:

- акушера-гинеколога - при ведении беременных, больных генитальным герпесом;
- неонатолога и педиатра - при ведении новорожденных, больных герпетической инфекцией;
- иммунолога - при наличии иммунодефицитных состояний и рецидивировании заболевания.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями, сопровождающимися эрозивно-язвенными высыпаниями на половых органах (сифилисом, мягким шанкром,

паховой гранулемой, трихомонадным баланопоститом, плазмноклеточным баланитом Зуна, болезнью Крона, болезнью Бехчета), а также некоторыми дерматозами (чесоткой, фиксированной эритемой, эритроплазией Кейра, контактным дерматитом, стрептококковым импетиго, шанкриформной пиодермией).

ЛЕЧЕНИЕ

Показанием к проведению эпизодического лечения генитального герпеса является наличие клинических проявлений заболевания.

Показаниями к назначению супрессивной терапии являются: тяжелое, с частыми рецидивами (более 6 в год) и осложнениями течение заболевания; тяжелые продромальные симптомы или отсутствие продромальной фазы; выраженная иммуносупрессия; нарушение психоэмоционального состояния в связи с возможностью передачи ВПГ.

Наличие циркулирующих в сыворотке крови или других биологических жидкостях и секретах организма больного специфических противогерпетических антител не является показанием для назначения терапии.

Цели лечения:

- купирование клинических симптомов;
- уменьшение частоты рецидивов и улучшение качества жизни пациентов;
- предупреждение развития осложнений;
- снижение риска инфицирования полового партнера или новорожденного.

Общие замечания по терапии

Основным направлением в лечении является применение высокоспецифичных противовирусных препаратов – ациклических нуклеозидов, которые блокируют репликацию ВПГ.

Ни один из препаратов не имеет преимуществ в эффективности воздействия на течение заболевания.

Специфическое лечение необходимо начинать как можно раньше после появления первых симптомов заболевания. Применение ациклических нуклеозидов сокращает длительность эпизода и уменьшает выраженность симптомов. Однако лечение не приводит к эрадикации вируса и не всегда влияет на частоту и тяжесть развития рецидивов в последующем.

Показания к госпитализации: диссеминированная герпетическая инфекция у новорожденных.

Схемы лечения:

Лечение первичного клинического эпизода генитального герпеса:

ацикловир 200 мг перорально 5 раз в сутки в течение 7-10 дней

или

ацикловир 400 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7-10 дней

или

валацикловир 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7-10 дней

или

фамцикловир 250 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7-10 дней.

Лечение рецидива генитального герпеса:

ацикловир 200 мг перорально 5 раз в сутки в течение 5 дней

или

ацикловир 400 мг перорально 3 раза в сутки в течение 5 дней

или

ацикловир 800 мг перорально 3 раза в сутки в течение 2 дней

или

валацикловир 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней

или

валацикловир 1,0 г перорально 2 раза в сутки в течение 1 дня

или

фамцикловир 125 мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней

или

фамцикловир 1,0 г перорально 2 раза в сутки в течение 1 дня.

Супрессивная терапия:

валацикловир 500 мг 1 раз в сутки перорально

или

фамцикловир 250 мг 2 раза в сутки перорально

или

ацикловир 400 мг 2 раза в сутки перорально.

Длительность супрессивной терапии определяется индивидуально. При достижении стойкого улучшения супрессивная терапия может быть прекращена. Эффективность супрессивной терапии оценивают как минимум по двум рецидивам. В случае ухудшения течения заболевания в дальнейшем может быть принято решение о продолжении супрессивной терапии.

Профилактика инфицирования генитальным герпесом здорового полового партнера:

валацикловир 500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 12 месяцев при регулярных половых контактах.

Лечение беременных:

Беременным с высокой частотой рецидивов (более 6 раз в год) и тем, у кого в I или во II триместре возник первичный клинический эпизод, рекомендован прием ацикловира в последние 4 недели беременности. Такая тактика снижает риск возникновения рецидива заболевания.

Кесарево сечение в качестве профилактики неонатального герпеса необходимо планировать всем беременным, у которых первичный эпизод возник после 34-й недели беременности, т.к. в этом случае существует значительный риск вирусовыделения во время родов. Если родоразрешение через естественные родовые пути неизбежно, необходимо проводить лечение у матери и ребенка.

ацикловир 200 мг 5 раз в сутки перорально в течение 5-10 дней

или

ацикловир 400 мг 3 раза в сутки перорально в течение 5-10 дней.

Лечение герпеса в периоде новорожденности:

ацикловир 20 мг на кг массы тела внутривенно 3 раза в сутки в течение 10-21 дней.

Требования к результатам лечения:

- ускорение разрешения клинических проявлений;
- уменьшение частоты рецидивов генитального герпеса.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения:

Рекомендуется назначение других препаратов или методик (курсовых) лечения.

При рецидивирующем течении заболевания рекомендовано применение интерферона системного действия - интерферона гамма 500000 МЕ 1 раз в сутки подкожно через день, на курс 5 инъекций.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний.

Задача №1

У больного через несколько дней после половой связи с посторонней женщиной появились необильные слизистые выделения из уретры, рези при мочеиспускании, болезненные высыпания в области полового члена, мошонки, лобка, учащенное мочеиспускание.

При осмотре: гиперемия и отечность кожных покровов и слизистых оболочек в области полового члена, мошонки, лобка, промежности, множественные везикулезные элементы полициклической фестончатой формы с прозрачным содержимым на гиперемированном основании, скудные уретральные выделения.

Больному диагностирован: Генитальный герпес.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции?
3. Какие методы диагностики используются?
4. Цели лечения.
5. Назначьте лечение больному.

Задача №2

Женщина 30 лет обратилась к венерологу по поводу появления болезненных высыпаний в области половых органов, зуда, боли в области высыпаний.

При осмотре: Гиперемия и отечность кожи и слизистых в области лобка, вульвы, клитора, множественные везикулезные элементы в прозрачным содержимым, единичные точечные эрозии, покрытые серозно-геморрагическими корочками, слизисто-гнойное уретральное отделяемое.

Больной диагностирован: Генитальный герпес.

1. Какие субъективные симптомы характерны для данного заболевания у женщин?
2. Необходимые лабораторные исследования при данном заболевании
3. Назначьте лечение больной
4. Показания для назначения супрессивной терапии.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №3

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для исключения инфекции, передаваемой половым путем.

Жалобы на появление болезненных высыпаний в области половых органов, зуда, боли в области высыпаний. Половая связь с постоянным половым партнером 5 дней назад.

При осмотре: гиперемия и отечность кожи и слизистых в области лобка, вульвы, клитора, множественные везикулезные элементы в прозрачным содержимым, единичные точечные эрозии, покрытые серозно-геморрагическими корочками.

Больной диагностирован: Генитальный герпес.

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Дифференциальная диагностика заболевания.
3. Лечение беременных женщин.
4. Требования к результатам лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №4

К венерологу обратился мужчина 32 лет с жалобами на болезненные высыпания в области лобка, мошонки, слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, боль во время мочеиспускания, боль во время половых контактов.

При осмотре: гиперемия и отечность кожи и слизистых в области лобка, мошонки, промежности, множественные везикулезные элементы в прозрачным содержимым, единичные точечные эрозии, покрытые серозно-геморрагическими корочками. Губки уретры отечны, гиперемированы, слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала.

При пальпации определяется увеличенные, болезненные паховые лимфоузлы.

Больному диагностирован: генитальный герпес.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Пути инфицирования у взрослых и детей.
3. Назначить лечение больному
4. Показания для назначения супрессивной терапии.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Этиологические и патогенетические факторы развития генитального герпеса.
2. Классификация генитального герпеса.
3. Особенности клинических проявлений генитального герпеса.

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

1. Клинические проявления герпетической инфекции у взрослых и детей.
2. Дифференциальная диагностика герпетической инфекции.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6

Основная литература

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804 В. И.	Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		
3	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск: КрасГМУ, 2017.		

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с.
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 – «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №55

**ТЕМА: «Бактериальный вагиноз. Эпидемиология.
Клиническая картина. Диагностика. Лечение»**

Индекс темы ОД.О.01.1.3.55

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018 г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т.А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Занятие №55

Тема: «Бактериальный вагиноз. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.»

2. Форма организации занятия: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики бактериального вагиноза необходимо для проведения диагностики и лечения данной патологии.

4. Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать универсальными и профессиональными компетенциями):
- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- учебная: подготовить специалистов по диагностике и лечению бактериального вагиноза.

– **знать:**

- диагностические критерии бактериального вагиноза;
- схемы лечения;
- тактику при отсутствии эффекта от лечения.

– **уметь:**

- собрать анамнестические данные у больных;
- провести осмотр половых органов у взрослых;
- составить алгоритм обследования и лечения больных.

– **владеть:**

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать бактериальный вагиноз;

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Выберите один правильный ответ.

1. Субъективные симптомы бактериального вагиноза (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6):

- 1) гомогенные беловато-серые выделения из половых путей с неприятным «рыбным» запахом;
- 2) гомогенные беловато-серые выделения из половых путей с неприятным «рыбным» запахом, дискомфорт в области наружных половых органов дизурия, диспареуния, дискомфорт в области наружных половых органов;
- 3) дизурия;
- 4) диспареуния;
- 5) дискомфорт в области наружных половых органов.

2. Объективные симптомы бактериального вагиноза (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6):

- 1) положительный аминотест, рН вагинального экссудата более 4.5, гомогенные беловато-серые густые вагинальные выделения, изменения микроценоза влагалища, выявляемые при микроскопическом исследовании вагинального содержимого;
- 2) положительный аминотест, рН вагинального экссудата менее 4.5;
- 3) гомогенные беловато-серые густые вагинальные выделения;
- 4) изменения микроценоза влагалища;
- 5) положительный аминотест;
- 6) рН вагинального экссудата более 4.5.

3. Для верификации диагноза могут использоваться (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6):

- 1) микроскопическое исследование влагалищного отделяемого;
- 2) культуральное исследование;
- 3) ПЦР диагностика, культуральное исследование и микроскопическое исследование влагалищного отделяемого;
- 4) ПИФ;
- 5) ИФА.

4. Для бактериального вагиноза характерно (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6):

- 1) увеличение количества лактобацилл;
- 2) увеличение количества смешанной микробной флоры;
- 3) наличие «ключевых» клеток;
- 4) наличие «ключевых» клеток, уменьшение количества лактобацилл, увеличение количества смешанной микробной флоры;
- 5) уменьшение количества лактобацилл, увеличение количества смешанной микробной флоры;

5. Дифференциальная диагностика бактериального вагиноза проводится с (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9):

- 1) гонореей;

- 2) хламидиозом;
- 3) трихомониазом;
- 4) урогенитальным кандидозом;
- 5) все вышеперечисленное верно.

6. Лечение бактериального вагиноза (УК-1, ПК-6):

- 1) влагалищные спринцевания;
- 2) вагинальные свечи с лактобактериями;
- 3) вагинальные свечи с натамицином;
- 4) проводится терапия метронидазолом 500 мг per os 2 раза в сутки, 7 дней;
- 5) проводится терапия метронидазолом 500 мг per os 2 раза в сутки, 10 дней.

7. Возможные осложнения беременности при бактериальном вагинозе (УК-1, ПК-6):

- 1) самопроизвольные аборты;
- 2) внутриамниотическая инфекция;
- 3) преждевременное излитие околоплодных вод;
- 4) самопроизвольные аборты, внутриамниотическая инфекция, преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды, рождение детей с низкой массой тела;
- 5) преждевременные роды, мертворождение.

8. Лечение бактериального вагиноза у беременных женщин (УК-1, ПК-6):

- 1) метронидазол 2,0 г per os однократно;
- 2) бициллин-5 по 1,5 млн ЕД в/м 2р/нед. N.2;
- 3) натамицин 2% крем 1 раз в сутки, 7 дней;
- 4) клотримазол 1% крем 2 раза в сутки, 7 дней;
- 5) метронидазол гель 0,75% 5,0 г интравагинально на ночь, 7 дней;

9. Лечение бактериального вагиноза у детей (УК-1, ПК-6):

- 1) метронидазол 10 мг/кг массы тела per os 3 раза в сутки, 5 дней;
- 2) метронидазол 50 мг/кг массы тела per os 3 раза в сутки, 5 дней;
- 3) доксициклин 50 мг/кг массы тела 2 раза в сутки, 7 дней;
- 4) джозамицин 50 мг/кг массы тела 3 раза в сутки, 7 дней;
- 5) метронидазол гель 0,75% 5,0 г интравагинально на ночь, 7 дней;

5.2. Основные понятия и положения темы.

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 - N89.0

Бактериальный вагиноз (БВ) – это инфекционный невоспалительный синдром полимикробной этиологии, связанный с дисбиозом вагинальной микробиоты, который характеризуется количественным снижением или полным исчезновением лактобацилл, особенно перекись-продуцирующих, и значительным увеличением облигатных и факультативных анаэробных условно-патогенных микроорганизмов.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

БВ является полимикробным заболеванием, при котором происходит замещение нормальной вагинальной микробиоты (протективных лактобацилл) облигатными и факультативными анаэробными микроорганизмами: *Bacteroides* spp., *Prevotella* spp.,

Gardnerella vaginalis, *Mobiluncus* spp., *Veillonella* spp., *Megasphaera* spp., *Leptotrichia* spp., *Atopobium vaginae* и др.

По данным мировой статистики, бактериальный вагиноз занимает одно из первых мест среди заболеваний влагалища. Частота его распространения в популяции колеблется от 12% до 80% и зависит от контингента обследованных женщин. БВ выявляется у 80-87% женщин с патологическими вагинальными выделениями; частота выявления заболевания у беременных достигает 37-40%.

БВ выявляют преимущественно у женщин репродуктивного возраста. Заболевание не представляет непосредственной опасности для жизни женщины, однако является фактором риска развития осложнений беременности: самопроизвольных абортов, внутриамниотической инфекции, преждевременного излития околоплодных вод, преждевременных родов, рождения детей с низкой массой тела. У женщин с БВ могут развиваться эндометрит и сепсис после кесарева сечения. В настоящее время БВ рассматривается, как одна из причин развития инфекционных осложнений после гинекологических операций и абортов, воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), перитонита, абсцессов органов малого таза при введении внутриматочных контрацептивов. Длительное течение БВ является одним из факторов риска развития неоплазий шейки матки, а также повышенной восприимчивости к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), особенно к ВИЧ-инфекции и генитальному герпесу.

К эндогенным факторам риска развития БВ относятся гормональные изменения (возрастные – в пубертатном периоде и менопаузе; при патологии беременности; в послеродовом и послеабортном периодах), гипотрофия и атрофия слизистой оболочки влагалища, нарушения рецепторной функции вагинального эпителия, антагонизм между вагинальными микроорганизмами, снижение концентрации перекиси водорода в вагинальной среде за счёт уменьшения концентрации лактобацилл и др.

К экзогенным факторам риска развития БВ относятся инфицирование возбудителями ИППП и колонизация половых путей генитальными микоплазмами, лекарственная терапия (антибактериальными, цитостатическими, глюкокортикостероидными, антимикотическими препаратами), лучевая терапия; наличие кист и полипов стенок влагалища, гименальной области; присутствие инородных тел во влагалище и матке; пороки развития половых органов или их деформации после родов и хирургических вмешательств; нарушение гигиены половых органов; частое применение спринцеваний и вагинальных душей; использование спермицидов.

БВ не относится к инфекциям, передаваемым половым путем, однако заболевание выявляют преимущественно у женщин, ведущих половую жизнь с частой сменой половых партнёров.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Субъективные симптомы:

- гомогенные беловато-серые выделения из половых путей, часто с неприятным «рыбным» запахом, усиливающиеся после незащищенного полового акта, проведения гигиенических процедур с использованием мыла, после менструации;
- дискомфорт в области наружных половых органов;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- редко - зуд и/или жжение в области половых органов;
- редко - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия).

Объективные симптомы:

- гомогенные беловато-серые вагинальные выделения густой консистенции, равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища.

У большинства больных симптомы воспалительной реакции со стороны половых органов отсутствуют.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз устанавливается на основании наличия не менее чем 3-х из 4-х критериев (критерии Amsel):

- выделения из влагалища – густые, гомогенные, беловато-серые, с неприятным запахом;
- значение pH вагинального отделяемого $> 4,5$;
- положительный результат аминотеста (появление «рыбного» запаха при смешивании на предметном стекле вагинального отделяемого с 10% раствором КОН в равных пропорциях);
- обнаружение «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании вагинального отделяемого.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Микроскопическое исследование вагинального отделяемого является наиболее информативным, достоверным и доступным методом диагностики бактериального вагиноза.

Для диагностики БВ необходимо отмечать наличие/отсутствие следующих признаков:

- уменьшение количества или исчезновение лактобацилл – грамположительных палочек различной длины и толщины;
- увеличение количества смешанной микробной (не лактобациллярной) микрофлоры;
- наличие «ключевых» клеток - поверхностных клеток вагинального эпителия с адгезированными на них бактериями, за счет чего эпителиальная клетка имеет «зернистый» вид. Края «ключевых» клеток выглядят нечеткими или «пунктирными» вследствие адгезии мелких грамотрицательных или грамвариабельных палочек и кокков, в том числе *G. vaginalis*, *Mobiluncus* и других бактерий;
- отсутствие местной лейкоцитарной реакции (у большинства пациенток количество полиморфноядерных лейкоцитов в вагинальном отделяемом не превышает 10-15 клеток в поле зрения).

Для оценки результатов исследования препаратов, полученных из отделяемого влагалища и окрашенных по Граму, R. Nugent предложил стандартную десятибалльную систему, которая основана на определении трех бактериальных морфотипов: 1) крупные грамположительные бактерии (лактобациллы), 2) небольшие грамотрицательные или грамвариабельные бактерии (*G. vaginalis* и анаэробные бактерии), 3) изогнутые грамотрицательные или грамвариабельные бактерии (например, *Mobiluncus*). Эта система позволяет определить изменения бактериальных морфотипов, проявляющихся в исчезновении нормальных лактобацилл и доминировании *G. vaginalis* и анаэробов, а также *Mobiluncus*. Состояние первого морфотипа оценивается в интервале от 0 до 4 баллов, второго – от 0 до 4, третьего – от 0 до 2. Далее баллы суммируются. Если количество баллов в сумме по всем трем морфотипам варьирует в пределах от 7 до 10, по результату микроскопического исследования можно диагностировать наличие БВ.

Культуральное исследование. Рутинное культуральное исследование для верификации диагноза БВ не используется, однако может применяться для определения видового и количественного состава микробиоты влагалища, в том числе:

- выделения и идентификации *G. vaginalis*;
- выделения и идентификации других факультативных и/или облигатных анаэробов;
- выделения и идентификации лактобацилл (при БВ наблюдается отсутствие роста лактобацилл или резкое снижение их количества (<10⁴ КОЕ/мл))
- выделения и идентификации *M. hominis* и *Ureaplasma* spp.

Молекулярно-биологические методы исследования, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК микроорганизмов, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. Используются для выявления лактобацилл, *A. vaginae*, *G. vaginalis*, *M. hominis* и *Ureaplasma* spp. и других, в том числе трудно культивируемых бактерий.

Консультации других специалистов (гинеколога-эндокринолога, эндокринолога, гастроэнтеролога) рекомендованы в случае частого рецидивирования бактериального вагиноза с целью исключения сопутствующих заболеваний (состояний), которые могут способствовать нарушению нормальной вагинальной микробиоты.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику бактериального вагиноза следует проводить с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (*N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*) и условно-патогенными микроорганизмами (дрожжеподобными грибами рода *Candida*, генитальными микоплазмами, факультативно-анаэробными и аэробными микроорганизмами).

ЛЕЧЕНИЕ

Показанием к проведению лечения является установленный на основании клинико-лабораторных исследований диагноз бактериального вагиноза.

По мнению отечественных акушеров-гинекологов, лечение БВ без клинических симптомов, но с результатом микроскопического исследования вагинального отделяемого, свидетельствующим о наличии выраженного вагинального дисбиоза, необходимо проводить перед введением внутриматочных средств; перед оперативным вмешательством на органах малого таза, в том числе медицинским абортom; беременным, имеющим в анамнезе преждевременные роды либо поздние выкидыши.

Цели лечения:

- клиническое выздоровление;
- нормализация лабораторных показателей;
- предотвращение развития осложнений, связанных с беременностью, патологией плода, послеродовым периодом, послеоперационном периодом и выполнением инвазивных гинекологических процедур.

Общие замечания по терапии. Первым этапом в лечении БВ должна являться элиминация повышенного количества анаэробных микроорганизмов, что достигается с помощью применения этиотропных препаратов группы 5-нитроимидазола или клиндамицина. Клиндамицин и метронидазол имеют сопоставимую эффективность в терапии БВ, однако при применении клиндамицина побочные эффекты развиваются реже.

Во избежание развития тяжелых побочных реакций (дисульфирамоподобная реакция) пациентов следует предупреждать о необходимости избегать приема алкоголя и

содержащих его продуктов как в ходе терапии метронидазолом, так и в течение 24 часов после его окончания.

При непереносимости перорального метронидазола его интравагинальное назначение также противопоказано.

Клиндамицин крем изготовлен на масляной основе и может повредить структуру латексных презервативов и диафрагм.

Учитывая, что *A.vaginae*, часто выявляемый при длительном, рецидивирующем течении БВ, в большей степени чувствителен к клиндамицину, при таких формах БВ предпочтение нужно отдавать местной терапии клиндамицином.

По мнению отечественных акушеров-гинекологов, вторым этапом лечения БВ должно быть восстановление окислительно-восстановительного потенциала влагалища (рН=4,5) с помощью препаратов молочной или аскорбиновой кислот с последующей нормализацией микрофлоры влагалища с использованием живых лактобацилл. В нескольких зарубежных исследованиях также оценили клиническую и микробиологическую эффективность вагинального применения лактобацилл для восстановления нормальной микробиоты. Однако эти методы лечения не входят в клинические рекомендации международных сообществ вследствие недостаточности доказательной базы.

Частота рецидивов БВ у женщин не зависит от проведенного профилактического лечения половых партнеров. При наличии у половых партнеров клинических признаков баланопостита, уретрита и других заболеваний урогенитальной системы целесообразно проведение их обследования и при необходимости – лечения.

Показания к госпитализации: отсутствуют.

Рекомендованные схемы лечения:

клиндамицин, крем 2% 5,0 г интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 7 дней,
или

метронидазол, гель 0,75% 5,0 г интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 5 дней,
или

метронидазол 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней,
или

тинидазол 2,0 г перорально 1 раз в сутки в течение 3 дней.

Альтернативные схемы лечения

клиндамицин, овули 100 мг интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 3 дней,
или

клиндамицин 300 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней,
или

тинидазол 1,0 г перорально 1 раз в сутки в течение 5 дней.

Лечение беременных:

метронидазол 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней, назначается со второго триместра беременности,
или

метронидазол 250 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней, назначается со второго триместра беременности,
или

клиндамицин 300 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней.

Лечение детей:

метронидазол 10 мг на кг массы тела перорально 3 раза в сутки в течение 5 дней.

Требования к результатам лечения:

- клиническое выздоровление;
- нормализация лабораторных показателей.

Установление излеченности рекомендуется проводить через 14 дней после окончания лечения.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения: назначение иных препаратов или методик лечения.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. Курация больных.
2. Заполнение историй болезни.
3. Разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний.

Задача №1

Женщина 25 лет обратилась к венерологу по поводу появления сероватых выделений из половых путей с «рыбным» запахом, болезненности во время половых контактов, зуда в области наружных половых органов.

При микроскопии влагалищного отделяемого: аминотест (+), «ключевые» клетки (+).

Диагностирован бактериальный вагиноз.

1. Какие субъективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Пути инфицирования.
3. Цели лечения
4. Назначить лечение больной.
5. Требования к результату лечения.

Задача №2

Беременная женщина 28 лет состоит на диспансерном наблюдении у участкового гинеколога в женской консультации. Жалоб не предъявляет.

При микроскопическом исследовании вагинального содержимого выявлено снижение количества лактобацилл и увеличение количества смешанной микробной микрофлоры, наличие «ключевых» клеток, результат аминотеста – положительный.

Диагностирован бактериальный вагиноз.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Чем опасно наличие данного заболевания у беременных женщин?
3. Какой метод диагностики является «золотым стандартом» для верификации диагноза? Что представляют собой «ключевые клетки»?
4. Назначьте лечение больной.

Задача №3

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для лечения бактериального вагиноза.

1. Критерии диагностики при данной инфекции.
2. Пути инфицирования.
3. Показания к проведению лечения.
4. Общее замечание по терапии.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Задача №4

К венерологу обратилась женщина 35 лет с жалобами на беловато-серые выделения из влагалища, болезненности во время половых контактов.

При осмотре: Отечность и гиперемия слизистой оболочки вульвы и влагалища; беловато-серые вагинальные выделения с «рыбным» запахом.

При микроскопическом исследовании препаратов из влагалища, окрашенных по Граму обнаружены «ключевые» клетки, аминотест положительный.

Больной диагностирован : Бактериальный вагиноз.

1. Что может способствовать развитию бактериального вагиноза?
2. Показания к проведению лечения.
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данного заболевания.
4. Назначить лечение данной больной.
5. Когда необходимо проводить контроль излеченности? Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

1. Диагностические критерии бактериального вагиноза.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Схемы лечения бактериального вагиноза.

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

1. Микробиоценоз генитального тракта женщины. Факторы, влияющие на изменение микрофлоры влагалища.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/I_SBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php	Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
	page[common]=elib&cat=&res_id=44804В. И.				
3	<u>Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем</u> [Электронный ресурс] : учеб. пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск: КрасГМУ, 2017.		

Электронные ресурсы

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