

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 рекомендаций для преподавателя к  
практическим занятиям по специальности ординатуры

31.08.32 - Дерматовенерология

Красноярск

2018

Дерматовенерология. Ординатура: сб. методич. рекомендаций для преподавателя к практ. занятиям для специальности ординатуры 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2018. – 940 с.

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

Сборник методических рекомендаций к практическим занятиям предназначен для преподавателя с целью организации занятий. 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 основы здравоохранения».**

**2. Форма организации учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения).

### **3. Значение 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.

#### **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.

#### **4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, оргметодотдел кожно-венерологического диспансера.

#### **5. Оснащение занятия.**

Нормативные и юридические документы по теме занятия.

Перечень стандартов медицинской помощи больным различными заболеваниями.

#### **6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин - 12 академических часов).**

№ п/	Этапы семинарского занятия	Продолжительность	Содержание этапа и оснащённость
------	----------------------------	-------------------	---------------------------------

п		(мин)	
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	60	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) Ознакомиться со структурой кожновенерологического диспансера, его правами и обязанностями б) Ознакомиться с перечнем стандартов медицинской помощи дерматовенерологическим больным. в) Заслушивание рефератов.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

#### 7. Аннотация (краткое содержание 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.

## ПЕРЕЧЕНЬ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Представленный ниже перечень сформирован на основе Приказов Минздравсоцразвития РФ о стандартах медицинской помощи специалистами юридической фирмы ЗАО "Юнико-94" и постоянно актуализируется. Все документы, представленные в перечне, включены в информационный банк КонсультантМедицинаФармацевтика.

Стандарты сгруппированы по классам заболеваний в соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра и приведены в обратном хронологическом порядке.

### **КЛАСС I НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ**

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.05.2007 N 383

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным опоясывающим лишаем (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.01.2007 N 43

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с ранним сифилисом (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 18.12.2006 N 860

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным врожденным сифилисом (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 08.12.2006 N 830

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со скрытым сифилисом, неуточненным как ранний или поздний (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 08.12.2006 N 829

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с поздним сифилисом (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2005 N 176

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным гонококковой инфекцией"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2005 N 173

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным трихомонозом"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 11.02.2005 N 127

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным рожей"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.11.2004 N 270

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным чесоткой"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.11.2004 N 264

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным микозом ногтей"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 N 232

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным опоясывающим лишаем"

Приказ Минздрава РФ от 24.04.2003 N 162

"Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Чесотка"  
(Вместе с ОСТ 91500.11.0003-2003)

## **КЛАСС II НОВООБРАЗОВАНИЯ**

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.12.2006 N 855

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с грибовидным микозом (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 06.12.2006 N 828

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со злокачественной меланомой кожи (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 06.12.2006 N 827

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями соединительной, подкожной и других мягких тканей (при оказании специализированной помощи)"



Приказ Минздравсоцразвития РФ от 20.11.2006 N 782

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием кожи (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 21.07.2006 N 565

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным периферическими и кожными Т-клеточными лимфомами"

## **КЛАСС XII**

### **БОЛЕЗНИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ**

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.12.2006 N 856

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с пузырчаткой (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.12.2006 N 854

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с атопическим дерматитом (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.12.2006 N 853

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным дерматитом, вызванным веществами, принятыми внутрь (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.12.2006 N 852

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с локализованной склеродермией (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.12.2006 N 851

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с эритемой узловатой (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.12.2006 N 850

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с лишаем красным плоским (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.12.2006 N 849

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с крапивницей (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.12.2006 N 848

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с импетиго (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.12.2006 N 847

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с дерматитом неуточненным (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.12.2006 N 846

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с другой чесухой (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.12.2006 N 845

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с дерматитом герпетическим (при оказании специализированной помощи)"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 04.09.2006 N 639

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с аллергическим ринитом неуточненным, острым атопическим конъюнктивитом, ангионевротическим отеком и аллергической крапивницей"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 06.07.2006 N 523

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с радиационным дерматитом лучевым"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 06.07.2006 N 518

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с рубцовыми состояниями, фиброзом кожи, келоидным рубцом"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.05.2006 N 439

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным пузырчаткой"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.05.2006 N 438

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным локализованной склеродермией"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 30.05.2006 N 433

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным псориазом"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 30.05.2006 N 432

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным атопическим дерматитом"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.01.2006 N 18

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с рубцовыми состояниями и фиброзом кожи, келоидным рубцом"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.09.2005 N 575

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным красным отрубевидным волосяным лишаем"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.09.2005 N 566

"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным красным плоским лишаем"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.09.2005 N 565  
"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с пиодермиями"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.07.2005 N 477  
"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным флегмоной"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 11.02.2005 N 128  
"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным экземой дисгидротической"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 11.02.2005 N 126  
"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным абсцессом кожи, фурункулом и карбункулом"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.11.2004 N 268  
"Об утверждении стандарта медицинской помощи больным атопическим дерматитом"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 N 225  
"Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным дерматитом и экземой, папулосквамозными нарушениями, крапивницей, эритемой, другими болезнями кожи и подкожной клетчатки"

#### **8. Вопросы по теме 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?

#### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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 здравоохраненииправильный ответ: 1
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  
правильный ответ: 4

### 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  
правильный ответ: 5

### 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  
правильный ответ: 5

### 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  
правильный ответ: 4

### 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

правильный ответ: 4

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

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

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
- правильный ответ: 1

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
- правильный ответ: 1

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
- правильный ответ: 5

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.
- правильный ответ: 4

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 абортax и отдельных состояниях, возникших в перинатальный период
  - 5) амбулаторно-поликлиническая, стационарная помощь; медицинская помощь при беременности, родах, при абортax и состояниях в перинатальный период
- правильный ответ: 5

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 абортax
  - 5) профилактика заболеваний; диспансерное наблюдение; диспансерное наблюдение здоровых детей; профилактика абортax
- правильный ответ: 5

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
- правильный ответ: 4

**10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**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»

### **Ответ к задаче №1**

1. Медицинская карта больного венерическим заболеванием.
2. Полнота охвата больных противорецидивным лечением; полнота охвата больных стационарным лечением; полнота охвата больных санаторно-курортным лечением; полнота охвата больных лабораторным обследованием.
3. Медицинская помощь больным на дому. Лечебно-диагностическое обслуживание населения. Профилактическая работа.
4. Социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении
5. Заболеваемость; Инвалидность; Демографические показатели; Физическое развитие населения.

### **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?

### **Ответ к задаче №2**

1. Медицинская карта амбулаторного больного; Контрольная карта диспансерного наблюдения; Статистический талон регистрации заключительных диагнозов.
2. «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем»
3. Экологические факторы среды; Качество и доступность медицинской помощи; Безопасные условия труда; Сбалансированность питания.
4. Медицинское учреждение, гражданин РФ.
5. Республиканские больницы, областные больницы, центральные районные больницы, городские многопрофильные больницы, сельские участковые больницы.

### **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.

### **Ответ к задаче № 3**

1. О лицах, с которыми контактировал больной.
2. «Об утверждении и введении в действие учетной формы 089/у – «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки»
3. Перечень, виды и объем медицинских услуг, осуществляемые за счет средств ОМС; Стоимость различных видов медицинской помощи.
4. Социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении
5. Республиканские больницы, областные больницы, центральные районные больницы, городские многопрофильные больницы, сельские участковые больницы.

#### **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?

#### **Ответ к задаче № 4**

- 1.Медицинская карта больного заразным кожным заболеванием
2. Улучшения санитарно-гигиенического воспитания населения; Повышения уровня пропаганды здорового образа жизни, физкультуры и спорта; Искоренения вредных привычек; Расширения массовых проф.осмотров.
3. «Об утверждении и введении в действие учетной формы 089/у – «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки»
4. Заболеваемость; Инвалидность; Демографические показатели; Физическое развитие населения.
5. Перечень, виды и объем медицинских услуг, осуществляемые за счет средств ОМС; Стоимость различных видов медицинской помощи.

#### **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?

#### **Ответ к задаче №5**

- 1.О лицах, с которыми контактировал больной.
2. Улучшения санитарно-гигиенического воспитания населения; Повышения уровня пропаганды здорового образа жизни, физкультуры и спорта; Искоренения вредных привычек; Расширения массовых проф.осмотров.
3. «Об утверждении и введении в действие учетной формы 089/у – «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки»
4. Социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении
5. Республиканские больницы, областные больницы, центральные районные больницы, городские многопрофильные больницы, сельские участковые больницы.

#### **11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Анализировать показатели работы дерматовенерологической службы, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов их структурных подразделений дерматовенерологического профиля.
2. Проводить оценку эффективности современных медико-организационных и



социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам

## 12. Примерная тематика НИР по теме.

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.

## 13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm</a> 1	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		



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 №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

## 1. Занятие №2

**Тема: «Этика и деонтология в дерматовенерологии»**

**2. Форма организации учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 3. Значение 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.

#### 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;

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры.

**5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры.

**6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин.- 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	60	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) Ознакомиться со структурой кожновенерологического диспансера, его правами и обязанностями б) Ознакомиться с перечнем стандартов медицинской помощи дерматовенерологическим больным. в) Заслушивание рефератов.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на	30	Учебно-методические разработки

	следующее занятие)		следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## 7. Аннотация (краткое содержание 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.

Моральное право руководства другими врачами и персоналом дает не административное положение, а более высокий уровень профессиональной и нравственной компетентности. Критика в адрес коллег должна быть аргументированной и неоскорбительной. Критике подлежат профессиональные действия, но не личность коллег. Недопустимы попытки укрепить собственный авторитет путем дискредитации коллег. Врач не имеет права допускать негативные высказывания о своих коллегах и их работе в присутствии пациентов и их родственников. Врач не может переманивать пациентов у своих коллег.

#### **8. Вопросы по теме занятия.**

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

#### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

Правильный ответ: б

1. 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

Правильный ответ: в

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

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: в

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

Правильный ответ: а

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
- Правильный ответ: б

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
- Правильный ответ: в

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
- Правильный ответ: 1

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
- Правильный ответ: 5

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

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

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

Правильный ответ: 5

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

Правильный ответ: 1

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

1) статья 30

2) статья 31

3) статья 32

4) статья 33

5) статья 34

Правильный ответ: 1

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

1) статья 60

2) статья 61

3) статья 62

4) статья 63

5) статья 64

Правильный ответ: 2

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

Правильный ответ: 2

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

Правильный ответ: 3

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

Правильный ответ: 3

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

Правильный ответ: 3

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

Правильный ответ: 3

20. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕЗЕРВАТИВОВ НЕ СЛЕДУЕТ (УК-2, ПК-9):

- 1) использовать в качестве смазки жир
- 2) при каждом половом акте применять новый презерватив
- 3) не пользоваться просроченными презервативами
- 4) хранить презервативы в сухом прохладном месте
- 5) выбрасывать презерватив, если его упаковка помята или распечатана

Правильный ответ: 1

**10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**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.

### **Ответ к задаче №1**

1. 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.
2. Прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики
3. Это специфическое проявление общей этики в деятельности врача; Наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников; Наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств.
4. Для защиты социальных и экономических интересов личности и защиты внутреннего мира человека, его автономии, для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент».
5. Основными аспектами медицинской деонтологии являются: врач и больной, врач и общество, взаимоотношения между врачами, медицинским персоналом, врачебная тайна, врачебные ошибки, этическая оценка эксперимента.

### **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.

### **Ответ к задаче №2**

1. Право пациента на адекватную информацию о своём состоянии здоровья.
2. Это специфическое проявление общей этики в деятельности врача; Наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников; Наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств.
3. Для защиты социальных и экономических интересов личности и защиты внутреннего мира человека, его автономии, для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент».
4. Основными аспектами медицинской деонтологии являются: врач и больной, врач и общество, взаимоотношения между врачами, медицинским персоналом, врачебная тайна, врачебные ошибки, этическая оценка эксперимента.
5. Прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики

### **Задача №3**

После консультации в поликлинике КККВД пациент решил проконсультироваться с другим врачом этой же поликлиники, в чём 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

#### **Ответ к задаче №3**

1. Право пациента на свободный выбор врача.
2. Для защиты социальных и экономических интересов личности и защиты внутреннего мира человека, его автономии, для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент».
3. В целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; По запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; В случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей; При наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.
4. С согласия пациента или его законного представителя допускается передача сведений.
5. Это специфическое проявление общей этики в деятельности врача; Наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников; Наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Согласно правам человека, жена должна знать о заболевании мужа, так как она подлежит обследованию и лечению. Сообщить об этом может сам пациент, или врач, соблюдая при этом правила этики.
2. Жену и дочь обследовать и провести им соответствующее лечение.
3. В целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; По запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным

разбирательством; В случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей

4. Для защиты социальных и экономических интересов личности и защиты внутреннего мира человека, его автономии, для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент».

5. Это специфическое проявление общей этики в деятельности врача; Наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников; Наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств.

#### **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.

#### **Ответ к задаче № 5**

1. Провести лечение. Предупредить больного об опасности промискуитета. Научить больного правилам безопасного секса.
2. В целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; По запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; В случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей
3. Это специфическое проявление общей этики в деятельности врача; Наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников; Наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств.
4. Для защиты социальных и экономических интересов личности и защиты внутреннего мира человека, его автономии, для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент».
5. Прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики

#### **11. Перечень и стандарты практических умений.**

Управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия, налаживать отношения в коллективе.

#### **12. Примерная тематика НИР по теме.**

- 1) Врачебная тайна

2) Проблемы медицинской этики и деонтологии в практике венеролога.

**13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm</a> 1	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		

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 РЕКОМЕНДАЦИИ  
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

**для специальности Дерматовенерология**

клиническая ординатура

**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



## **1. Занятие №3**

**Тема: «Анатомия и физиология кожи»**

**2. Форма организации учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### **3. Значение темы.**

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

#### **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 заболевания, 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:**

- анатомио-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 анатомио-физиологических основ.

#### **- владеть:**

- оценкой результатов гистопатологических исследований различных нозологических форм кожных заболеваний.

## **4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры.

## **5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, гистологические препараты.

## **6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин.- 12 академических часов).**

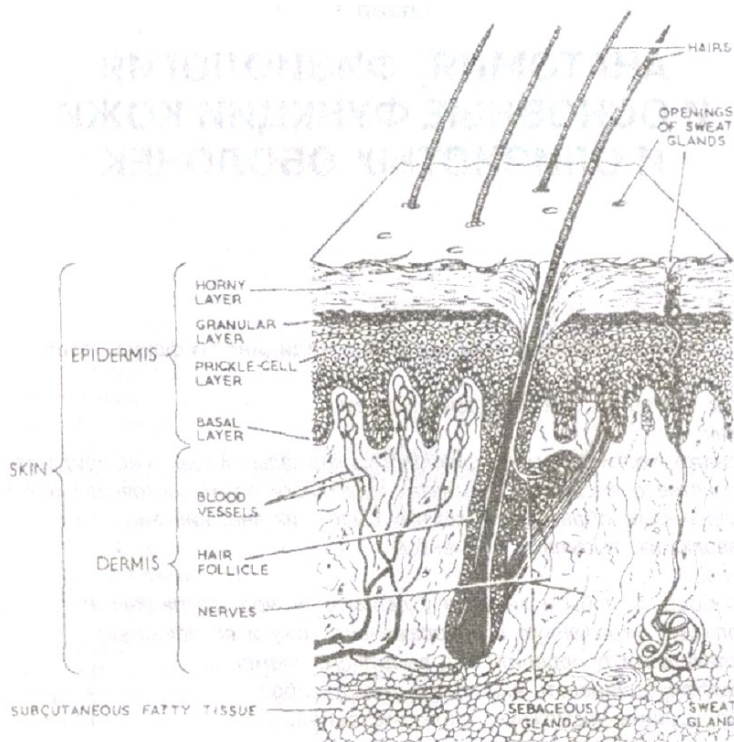
№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	60	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а)Ознакомиться со структурой кожновенерологического диспансера, его правами и обязанностями б)Ознакомиться с перечнем стандартов медицинской помощи дерматовенерологическим больным. в)Заслушивание рефератов.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

**7.Аннотация** (краткое содержание 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 м<sup>2</sup>. 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 тонофиламентами). В полудесмосомах имеется специфический белок – антиген пемфигоида, который связывается с якорными филаментами светлой пластинки базальной мембраны. Плотная пластинка базальной мембраны фиксируется якорными фибриллами к коллагеновым волокнам сосочкового слоя дермы. Кератиноциты базального слоя располагаются в один ряд и имеют кубическую или призматическую форму и крупное светлое ядро. Пласт эпителия постоянно пополняется за счет деления базальных кератиноцитов. Этот процесс носит название физиологической регенерации.

**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. Большое число межклеточных контактов типа десмосом вокруг каждой клетки (до 2000) напоминают шипы растений, отчего этот слой и назван «шиповатым». Шиповатые кератиноциты сохраняют способность делиться митозом, в связи с этим базальный и шиповатый слои эпидермиса называют *ростковым слоем*.

**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. Следствием агрегации является превращение клетки в постклеточную структуру – роговую чешуйку (роговую пластинку, или корнеоцит).

*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 сохраняется динамическое равновесие между количеством слущивающихся роговых чешуек и пролиферацией базальных кератиноцитов. Постоянное обновление эпидермиса обеспечивает защитную функцию кожи – благодаря отторжению с поверхности кожи роговых чешуек происходит ее очищение от внешнего загрязнения и микроорганизмов. Темп обновления пласта эпидермиса составляет в среднем около 28 суток.

Нормальную увлажненность рогового слоя поддерживают высокоспециализированные межклеточные липиды: керамиды, или церамиды (англ. «сера-mides»), и их предшественники (свободные сфингоидные основания), холестерол и его сульфаты, жирные кислоты, а также фосфолипиды. Синтез многих липидов, в том числе керамидов, осуществляется в особых органеллах клеток зернистого слоя – ламелляриях тельцах, в дальнейшем эти вещества образуют билипидные прослойки между роговыми чешуйками. Указанные липиды формируют основной барьер для воды, препятствуя тем самым трансэпидермальной потере воды и обеспечивая водонепроницаемость эпидермиса. Они также играют роль особого межклеточного цементирующего вещества, способствующего прочности сцепления постклеточных структур рогового слоя и обеспечивающего целостность кожи. К функциям керамидов относят не только удержание воды в коже, но и влияние на дифференцировку кератиноцитов, регуляцию темпа десквамации, а также антимикробное действие.

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. Следует подчеркнуть, что в дерме также присутствуют меланоциты, количество которых и активность пигментообразования генетически детерминированы. Меланоциты дифференцируются из меланобластов, имеющих нейроэктодермальное происхождение. Эти клетки продуцируют пигмент меланин, синтез его осуществляется в особых органеллах – меланосомах, которые транспортируются в отростки. Меланосомы из отростков меланоцита поступают в кератиноциты путем фагоцитоза, где располагаются вокруг ядра, защищая ядерный материал от ультрафиолетовых лучей. Синтез меланина усиливается при ультрафиолетовом облучении, регулируется некоторыми гормонами (меланоцит-стимулирующий гормон и адренкортикотропный гормон).

*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. Со стороны дермы они связаны синаптическими контактами с афферентными безмиелиновыми нервными волокнами. В цитоплазме клеток Меркеля имеются гранулы, содержащие бомбезин, энкефалин и другие вещества, которые при механической деформации отростков выделяются в синаптическую щель, осуществляя механорецепцию.

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. Пучки коллагеновых волокон, расположенные в виде трехмерной сети, обеспечивают, наряду с гидратацией основного вещества соединительной ткани дермы, тургор кожи. Эластические волокна обеспечивают эластичность кожи. Самые тонкие эластические волокна (окситалановые) расположены под эпидермисом перпендикулярно поверхности кожи. Большие по толщине волокна (элауниновые) присутствуют в сосочковом слое дермы. Самые толстые эластические волокна, или истинные эластические волокна, находятся в сетчатом слое дермы. Элауниновые и истинные волокна располагаются пучками, параллельными поверхности кожи, их вектор обозначает линии Лангера. Считается, что ретикулярные волокна являются предшественниками коллагеновых. В дерме присутствуют фибробласты (клетки, продуцирующие компоненты основного аморфного вещества и волокна), фиброциты, тучные клетки, дермальные макрофаги – гистиоциты, пигментные клетки, лимфоидные клетки, осуществляющие местный иммунный надзор.

**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. Распределение подкожной жировой клетчатки регулируется половыми гормонами. Адипоциты выполняют также эндокринную функцию, участвуя в синтезе ряда гормонов и релизинг-факторов в различные возрастные периоды.

Кровоснабжение кожи осуществляется двумя артериальными и венозными сплетениями – поверхностным и глубоким. Поверхностное сплетение представлено сосудами мелкого калибра (капилляры, артериолы, вены), 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. Афферентные волокна связаны с инкапсулированными нервными окончаниями (пластинчатые тельца Фатера-Пачини, концевые колбы Краузе, осязательные тельца Руффини, осязательные тельца Мейснера, генитальные тельца Догеля и др.), располагающимися в дерме и являющимися механорецепторами. Афферентные волокна также связаны со свободными нервными окончаниями (ноцицепторами и терморелепторами) в эпидермисе и в дерме.

В области отверстий носа, рта, мочеполовых органов, ануса кожа непосредственно переходит в слизистые оболочки.

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. Полноценное ороговение сохраняется только в углах рта. В зоне красной каймы в небольшом количестве имеются мелкие сальные железы, потовые железы и волосяные фолликулы отсутствуют. Расположенная под эпителием рыхлая соединительная ткань образует очень высокие сосочки, в которых близко к эпителию находятся многочисленные капиллярные сплетения. Благодаря неполному ороговению и многочисленным капиллярным сетям, просвечивающим через толщу эпителия, губы в переходном отделе имеют красный цвет. Слизистый отдел губы является типичной слизистой оболочкой, он выстлан многослойным плоским неороговевающим эпителием эпидермального типа. Место перехода эпителия красной каймы в эпителий слизистой ротовой полости носит название зоны Клейна и является довольно уязвимым участком для возможного развития эпителиальных злокачественных новообразований.

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. В области тыла кистей, в зоне красной каймы губ сальных желез мало, но количеству и они мелкие по размеру. В коже лица (надбровья, лоб, нос, подбородок), волосистой части головы, средней линии груди, спины, подмышечных впадин, перианальной и перигенитальной областей количество сальных желез велико (достигает 400-900 на см<sup>2</sup>), причем железы там крупные и многодольчатые. Указанные зоны часто поражаются при себорее, акне и себорейном дерматите, поэтому их принято называть *себорейными*. Сальные железы выделяют

сложный по составу секрет, который называют *кожным салом*. В состав кожного сала входят свободные и связанные (этерифицированные) жирные кислоты, в небольшом количестве углеводороды, многоатомные спирты, глицерин, холестерин и его эфиры, эфиры воска, сквален, фосфолипиды, каротин, а также метаболиты стероидных гормонов. Особую биологическую роль играют ненасыщенные жирные кислоты, обладающие фунгицидными, бактерицидными и вирусостатическими свойствами.

Секреция кожного сала регулируется в основном гормональными и в меньшей степени нейрогенными механизмами. Андрогены (тестостерон) усиливают продукцию кожного сала. Взаимодействуя с рецептором на поверхности себоцита, тестостерон под действием фермента 5-альфа-редуктазы преобразуется в свой активный метаболит – дегидротестостерон, который увеличивает продукцию секрета. Количество биологически активного тестостерона, чувствительность рецепторов себоцитов к нему и активность 5-альфа-редуктазы, определяющие интенсивность секреции сальных желез, генетически детерминированы. В целом же, гормональная регуляция секреции кожного сала может осуществляться на четырех уровнях: гипоталамус, гипофиз, кора надпочечников и половые железы.

**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 концевой секреторной части и выводного протока. Концевой отдел расположен в подкожной жировой клетчатке, содержит миоэпителиальные и секреторные (светлые и темные) клетки, активность последних регулируется холинергическими нервными волокнами. Выводные протоки открываются свободно на поверхности кожи и образованы двуслойным кубическим эпителием. Эккринные потовые железы продуцируют гипотонический секрет – пот с низким содержанием органических компонентов.

**Апокринные потовые железы** расположены в коже подмышечных впадин, ареол сосков молочных желез, перианальной, перигенитальной областей. Иногда они обнаруживаются вокруг пупка, в области крестца. Накопление секрета происходит в апикальной части секреторной клетки, отделяющейся в просвет секреторной части (апокринный тип секреции). Эти железы начинают функционировать в период полового созревания. Состоят из концевой секреторной части и выводного протока. Концевые отделы находятся в глубоких отделах дермы и содержат миоэпителиальные и секреторные клетки, активность последних регулируется адренергическими нервными волокнами и половыми гормонами. Выводные протоки образованы двуслойным кубическим эпителием и впадают в устье волосяных фолликулов.

Поверхность кожи покрыта сплошной, тонкой водно-жировой эмульсионной пленкой – *водно-липидной мантией*. Она состоит из секрета сальных желез, эккринных потовых желез и керамидов рогового слоя. Водно-липидная мантия препятствует пересушиванию кожи, регулирует темпы десквамации и дифференцировку кератиноцитов, поддерживает постоянный слабощелочной pH поверхности кожи (4,5-5,5), а также является одним из путей экскреции продуктов метаболизма, лекарственных и токсических веществ. В зависимости от соотношения сала и пота на коже,

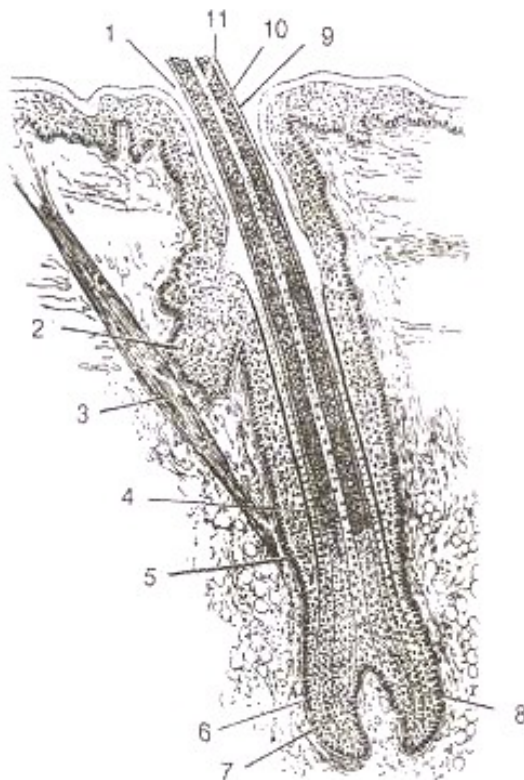


Рис. 1.2. Схема строения волоса:

1 – воронка волосяного фолликула; 2 – сальная железа; 3 – мышца, поднимающая волос; 4 – внутреннее эпителиальное влагалище; 5 – наружное эпителиальное влагалище; 6 – волосяная сумка; 7 – волосяная луковица; 8 – волосяной сосочек; 9 – кутикула волоса; 10 – корковое вещество волоса; 11 – мозговое вещество волоса.

образовавшаяся водно-жировая эмульсия может содержать больше жира (тип «вода в масле») или же больше воды (тип «масло в воде»), что обеспечивает постоянство температуры тела.

**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.

Волос состоит из **стержня**, выступающего над уровнем кожи, и **корня**, расположенного в *волосяном фолликуле*, погруженном вглубь дермы и подкожной жировой клетчатки. Волосяной фолликул окружен соединительнотканной волосяной сумкой. Вблизи поверхности кожи волосяной фолликул образует расширение (воронку), куда впадает проток сальной железы (на всех участках кожного покрова), а также апокринной потовой железы (в местах локализации этих желез). На конце фолликула имеется расширение – *волосяная луковица*, в которую врастает соединительнотканый волосяной сосочек с большим количеством кровеносных сосудов. Эпителиальные клетки луковицы являются камбиальными элементами, интенсивное деление которых обеспечивает рост волоса. В луковице присутствуют и нервные окончания, а также меланоциты, определяющие пигментацию волоса.

Мозговое вещество волоса образовано клетками центральной части луковицы, содержащими в цитоплазме гранулы трихогиалина – предшественника рогового вещества. В зависимости от наличия или отсутствия мозгового вещества, а также от локализации, длины, толщины и степени пигментирования, волосы подразделяют на длинные, щетинистые и пушковые. Длинные – это волосы, покрывающие волосистую часть головы и область лобка, подмышечные впадины после периода полового созревания. Эти волосы толстые, длинные, пигментированные. У мужчин длинные волосы вырастают в области бороды, усов и на других участках кожного покрова. Щетинистые волосы также толстые и пигментированные, но в отличие от длинных они значительно короче. Волосы этого типа образуют брови, ресницы, обнаруживаются в



наружном слуховом проходе и в преддверии носовой полости. Как в длинных, так и в щетинистых волосах присутствует мозговое вещество. Пушковые – это самые многочисленные, тонкие, короткие, бесцветные волосы, покрывающие практически все участки кожного покрова. Они имеют большое значение в формировании тактильной чувствительности, выступая в роли своеобразных «чувствительных окончаний», при раздражении которых возникает сокращение мышцы, поднимающей волос. Под влиянием андрогенов в периоде полового созревания, а также при различных эндокринных заболеваниях пушковые волосы могут трансформироваться в длинные. Особо выраженной чувствительностью к андрогенам характеризуются пушковые волосы в области верхней губы, подбородка, ареол вокруг сосков молочных желез и располагающиеся по средней линии живота ниже пупка.

Корковое вещество образуется средней частью волосяной луковицы. Оно располагается вокруг мозгового вещества и состоит из уплощенных веретенообразных клеток, которые ороговевают.

Кутикула окружает корковое вещество и состоит из клеток, превращающихся в роговые чешуйки. Они черепицеобразно накладываются друг на друга. Плотное смыкание роговых чешуек, которое обеспечивается высокоспециализированными липидами, обеспечивает естественный блеск поверхности волоса и препятствует его чрезмерному увлажнению или потере воды.

Внутреннее эпителиальное влагалище состоит из трех слоев: кутикула внутреннего эпителиального влагалища, внутренний (гранулосодержащий) слой Гексли, наружный (бледный) слой Генле.

Наружное эпителиальное влагалище является продолжением эпидермиса в фолликул. Оно утрачивает роговой слой на уровне сальных желез и, истончаясь до 1-2 слоев, сливается с луковицей.

Мышца, поднимающая волос, состоит из гладкомышечных клеток. Она одним концом вплетается в волосяную сумку, а другим – в сосочковый слой дермы.

Волосы человека имеют три фазы развития, плавно переходящие из одной в другую: роста (анаген), регрессивных изменений (катаген) и покоя (тело-ген). Средняя продолжительность анагена составляет 1000 дней (от 2 до 5 лет), катагена – 2-3 недели, телогена – около 100 дней.

Фаза анагена характеризуется удлинением фолликула, активацией сосочка, камбиальных элементов и меланоцитов луковицы, а также ростом внутреннего влагалища и корня волоса. Пролиферация и дифференцировка камбиальных клеток луковицы невозможна без стимулирующего влияния со стороны сосочка волоса. Фаза катагена характеризуется прекращением деления камбиальных клеток луковицы, исчезновением отростков у меланоцитов, утолщением терминальной части волоса с формированием «колбы» волоса, разрушением внутреннего влагалища и укорочением фолликула. Для фазы катагена характерны процессы апоптоза – биологического механизма, характеризующего запрограммированную гибель клетки в условиях нормы и отсутствия какого-либо воспалительного процесса.

Фаза телогена характеризуется тем, что сформировавшаяся в катагене колба волоса удерживается в укороченном фолликуле, а пролиферация и дифференцировка эпителиальных клеток прекращается. Выпадение колбы волоса происходит лишь в начале анагена.

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 полукруглой формы зона – лунка, не покрытая эпонихиумом, 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. Коллагеновые и эластические волокна дермы плотно прикрепляют ногтевую пластинку к надкостнице дистальной фаланговой кости пальца. Проксимальная часть ногтевого ложа представлена матрицей ногтя (матрикс). Она образована активно делящимися онихообластами, которые встраиваются в корень ногтя, где дифференцируются в роговые чешуйки. Особенностью процесса ороговения онихообластов является отсутствие кератогиалиновой стадии. Микроциркуляция ногтя обеспечивается кровеносными сосудами соединительной ткани в области ногтевого ложа, там же располагаются многочисленные нервные окончания.

В заключение следует подчеркнуть, что кожа является полифункциональным органом, выполняющим ряд функций: защитную, терморегулирующую, обменную, рецепторную, экскреторную, резорбционную, иммунную.

### Основные функции кожи

	<b>Функция</b>
<b>Структуры и факторы, обеспечивающие эти функции</b>	
<b>Защитная</b>	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
<b>Обменная</b>	Синтез витаминов А и D (эпидермис); гормонов (подкожная жировая клетчатка)
<b>Терморегулирующая</b>	Эккринные потовые железы; физические свойства водно-липидной мантии; глубокие сосудистые сплетения; подкожная жировая клетчатка
<b>Рецепторная</b>	Клетки Меркеля; эфферентные и афферентные нервные волокна; инкапсулированные и свободные нервные окончания
<b>Участие в водно-солевом обмене</b>	Секреция пота эккринными потовыми железами
<b>Резорбционная</b>	Всасывание в системный кровоток веществ, попадающих на кожу, – поверхностные сосудистые сплетения
<b>Иммунная</b>	Синтез в эпидермисе интерлейкинов и других цитокинов; захват, процессинг и транспорт антигенов; антиген-презентация клетками Лангерганса; местный иммунный надзор лимфоидными клетками дермы и гиподермы
<b>Экскреторная</b>	Выделение с потом и кожным салом продуктов метаболизма, лекарственных и токсических веществ

### 8. Вопросы по теме занятия.

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

### 9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

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

Правильный ответ: а

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

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

Правильный ответ: б

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

Правильный ответ: д

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

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

Правильный ответ: г

5. СЛОИ ДЕРМЫ (УК-1, ПК-5, ПК-6):

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

Правильный ответ: а

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

Правильный ответ: а

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

Правильный ответ: а

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

Правильный ответ: в

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

Правильный ответ: в

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

Правильный ответ: в

### 10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

#### 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.

**Ответ к задаче №1**

1. Защитная функция.
2. В эпидермисе.
3. Клетки Меркеля (осязательные эпителиоидоциты) расположены в базальном слое эпидермиса и в эпителии фолликулов волос.
4. К придаткам (или производным) кожи относят кожные железы (потовые и сальные), а также волосы и ногти.
5. 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.

**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.

**Ответ к задаче №2**

1. Потовые железы подразделяют на эккринные (простые трубчатые) и апокринные (простые трубчато-альвеолярные) железы.
2. Базальный, шиповидный, зернистый, блестящий, роговой.
3. Терморегуляция, Участив в водно-солевом обмене, экскреторная.
4. Волос состоит из стержня, выступающего над уровнем кожи, и корня, расположенного в волосяном фолликуле, погруженном вглубь дермы и подкожной жировой клетчатки.
5. Волосы человека имеют три фазы развития, плавно переходящие из одной в другую: роста (анаген), регрессивных изменений (катаген) и покоя (телоген). Средняя продолжительность анагена составляет 1000 дней (от 2 до 5 лет), катагена – 2-3 недели, телогена – около 100 дней.

**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).

### Ответ к задаче №3

1. Ногти состоят из ногтевой пластинки и ногтевого ложа.
2. Ногтевое ложе представлено многослойным эпителием, состоящим из базального и шиповатого слоев. Оно образует продольные эпидермальные гребешки, чередующиеся со складками подлежащей дермы.
3. 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 полукруглой 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.
4. Обновление ногтя на пальцах кистей происходит примерно за 4 месяца, а на стопах – за 6 месяцев.
5. Rp.: Zinci oxydi  
Talcii  
Amyli aa 10,0  
olei Persicorum ad 100,0  
M.D.S. Для наружного применения.

### 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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Эритема – сосудистое воспалительное пятно размером с 2 рублевую монету. Пузырек (vesicula) - полостное образование, размером 0,1 - 0,3 мм в диаметре. Эрозия (erosio) - поверхностный дефект эпидермиса. Корка (crusta) - сохшийся экссудат. Ссадина или эксфолиация. (excoriatio) - нарушение целостности кожного покрова в результате механического повреждения.

2. Дисхромии кожи (dischromia cutis), чешуйка (squama), корка (crusta), трещина (fissura), ссадина или эксфолиация (excoriatio), эрозия (erosio), язва (ulcus), рубец (cicatrix), вегетации (vegetationes), лишенификация (lichenificatio).

3. Сосочковый и сетчатый

4. Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи для прекращения мокнутия и уменьшения воспаления. Применяются холодными. Примочки охлажденных растворов применяют при экземе, аллергическом дерматите и токсикодермии, к примеру, Sol. Acidi borici 1-2%, Sol. Tanini 2%, Sol. furacillini 0,01-0,05%. Примочка делается следующим образом: стерильную салфетку или широкий бинт смачивают в лекарственном растворе (для грудных детей комнатной температуры). Для детей дошкольного, школьного возраста – охлажденные, отжимают и накладывают на пораженную поверхность. Не допускать согревание (не более 2-3 мин.)

5. Rp: Sol. Calcii glyconatis 10%-10,0

D.t.d. № 10 in amp.

S. По 10 мл. в/венно.

Rp: Sol. Suprastini 2%-1.0

D.t.d. № 10 in amp.

S. По 1 мл. в/м 2 раза в день.

#### **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).

**Ответ на задаче № 5**

1. Первичные: пустула или гнойничек (pustula), эритема.

Вторичные: корка (crusta)

2. Пустулезные элементы сыпи характерны для гнойничковых заболеваний кожи, стерильные пустулы для пустулезного псориаза Цумбуша, болезни Снеддона-Вилькинсона, пустулезного бактерида Эндрюса, герпетиформного импетиго Гебры.

3. Базальный, шиповидный, зернистый, блестящий, роговой.

4. Муковидное, отрубевидное, пластинчатое (мелкопластинчатое, крупнопластинчатое).

5. Rp.:Zinci oxydi

Talci

Amyli aa 10,0

olei Persicorum ad 100,0

M.D.S. Для наружного применения.

**11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Оценка состояния кожи дерматологического больного.

2. Методы пальпации кожи, определения тургора и эластичности кожи, витропрессия и граттаж.

**12. Примерная тематика НИР по теме.**

1. Особенности оценки состояния кожи дерматологического больного.

2. Современные особенности строения кожи и её придатков.

**13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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.	<a href="#">Кожные и венерические болезни</a> : 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		

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 №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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 3. Значение темы.

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

#### 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

## 4. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры.

## 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности.

## 6. Структура содержания темы (хронокарта).

Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия

3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	60	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) Ознакомиться со структурой кожно-венерологического диспансера, его правами и обязанностями б) Ознакомиться с перечнем стандартов медицинской помощи дерматовенерологическим больным. в) Заслушивание рефератов.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

### 7. Аннотация (краткое содержание темы).

В основе формирования различных высыпаний на коже лежат разнообразные патоморфологические процессы, происходящие в эпидермисе, дерме, гиподерме, совокупность которых может быть специфична для того или иного дерматоза и часто учитывается в диагностике заболевания, а нередко является важнейшим исследованием, позволяющим поставить диагноз.

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. Пролиферационный гиперкератоз формируется в результате повышения функциональной активности клеток эпидермиса, протекая на фоне утолщения

зернистого и шиповатого слоев, и наблюдается при таких дерматозах, как красный плоский лишай, нейродермит и др. Ретенционный гиперкератоз формируется в результате замедления процесса отшелушивания клеток рогового слоя, что обусловлено повышением содержания в роговом слое гликозаминогликанов, играющих цементирующую роль и затрудняющих разъединение роговых клеток и их физиологическое отторжение. Зернистый слой при этом тонкий или вовсе отсутствует. Ретенционный гиперкератоз наблюдается при вульгарном ихтиозе.

**ГРАНУЛЕЗ** – утолщение зернистого слоя, в котором вместо 1–2 рядов клеток насчитывают 5 и более. Гранулез обычно сопровождает пролиферационный гиперкератоз. Неравномерный гранулез, наблюдаемый в папулах красного плоского лишая, обеспечивает характерный для этого заболевания симптом – «сетки Уикхема», формирующийся за счет неравномерного преломления света в зонах неравномерного гранулеза.

**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. Акантоз может быть равномерным и умеренно выраженным за счет увеличения рядов клеток шиповатого слоя как над, так и между сосочками дермы (экзема, красный плоский лишай) и неравномерным с резким увеличением количества рядов шиповатых клеток в основном между сосочками дермы. В таких случаях он комбинируется с папилломатозом (псориаз).

**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. Зернистый слой часто отсутствует или недоразвит. В основе паракератоза лежит нарушение соотношения между пролиферативной активностью и дифференцировкой клеток эпидермиса в связи с нарушением тканевого гомеостаза. В формировании этой патологии важная роль отводится кейлонам, приводящим в действие эпидермальную систему цАМФ – цГМФ. Предполагают, что понижение содержания цАМФ и повышение цГМФ в кератиноцитах приводит к стимуляции их пролиферации и замедлению дифференцировки.

**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. По мере приближения к поверхности эпидермиса они приобретают шаровидную форму (круглые тела Дарье – corpus ronds), а затем превращаются в гомогенные ацидофильные образования с очень мелкими пикнотическими ядрами, располагающимися в роговом слое и получившие название зерен (grains). В основе дискератоза лежит нарушение комплекса тонофиламенты – десмосомы с растворением

контактного слоя последних и агрегацией их вокруг ядра. Дальнейшее уплотнение и уменьшение количества кератина в этих клетках приводят к образованию зерен. Дискератоз наблюдается при старческом кератозе, контагиозном моллюске (доброкачественный дискератоз), а также при раке кожи (злокачественный дискератоз).

**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. Клетки шиповатого слоя, потерявшие между собой связь в результате акантолиза, называются акантолитическими клетками (клетки Тцанка). Они имеют округлую форму, крупное ядро и узкий ободок цитоплазмы. Метаболизм в них минимален, в дальнейшем они подвергаются деструкции и гибнут. Акантолиз – типичный процесс для пузырьчатки, при которой он развивается в результате аутоиммунной реакции с отложением иммунных комплексов с антителами против структур клеточных мембран, разрушающих межклеточные связи.

**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 – спонгиозитические пузырьки. Возможно слияние мелких полостей в более крупные и проникновение воспалительных клеток в эпидермис с образованием спонгиозитических пустул. Спонгиоз характерен для экземы, аллергического дерматита, при которых образование везикул наблюдается особенно часто.

**ВАКУОЛЬНАЯ ГИДРОПИЧЕСКАЯ ДИСТРОФИЯ** характеризуется внутриклеточным отеком кератиноцитов с образованием в их цитоплазме вакуолей, что приводит в дальнейшем к гибели клетки. Вакуолизация и гибель клеток базального слоя наблюдаются при красной волчанке, однако чаще вакуолярная дистрофия наблюдается при вирусных поражениях кожи типа герпеса, где она является одним из компонентов баллонизирующей дистрофии.

**БАЛЛОНИРУЮЩАЯ ДИСТРОФИЯ** характеризуется резко выраженным отеком эпидермиса, имеющим как межклеточный, так и внутриклеточный характер – в результате чего отечные кератиноциты в виде крупных округлых дистрофически измененных клеток типа шаровидных образований свободно плавают в заполненных серозно-фиброзным экссудатом полостях и напоминают баллоны, заполненные жидкостью. Баллонизирующая дистрофия наблюдается при вирусных дерматозах (герпес простой, герпес опоясывающий).

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. Является морфологической основой вторичного кожного элемента – вегетации (например, при вегетирующей пузырьчатке). Нередко папилломатоз сочетается с межсосочковым акантозом, как, например, при псориазе, обеспечивая третий псориатический феномен – точечного кровотечения при гратеже папулы псориаза.

**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. Благодаря сети развитых сосудистых анастомозов ишемические инфаркты в коже встречаются редко, хотя, например, при аллергических ангиитах гибель отдельных участков ткани с последующим изъязвлением кожи возможна. Клеточные инфильтрации в коже могут иметь различное происхождение, чаще как результат хронического воспаления, но могут быть пролифератом злокачественного клона клеток (например при лимфомах). По расположению различают периваскулярные инфильтраты, окружающие сосуды в виде муфт или диффузно располагающиеся в сосочковом слое дермы, узелковые инфильтраты, занимающие всю толщу дермы при почти не пораженном сосочковом слое дермы, ввиду чего между эпидермисом и дермальным инфильтратом остается полоска нормального коллагена (сифилитические папулы). Возможно формирование инфильтрата типа гранулемы в результате гранулематозного воспаления, в основе которого лежат иммунные нарушения. Появление гранул в ходе воспалительного процесса связано прежде всего с несостоятельностью мононуклеарных фагоцитов, которые не могут до конца переварить возбудителя, и персистенцией последнего в тканях (туберкулез, сифилис, лепра). Воспалительный процесс при этих инфекциях имеет, помимо обязательных компонентов (альтерации, экссудации и пролиферации), ряд определенных морфологических признаков с преобладанием специфической продуктивной реакции гранулематозного характера и развитием коагуляционного некроза в очагах воспаления. Клеточный состав гранул содержит мононуклеарные фагоциты – макрофаги, эпителиоидные клетки, представляющие собой определенную разновидность макрофагов и мало способные к фагоцитозу патогенных микроорганизмов, однако обладающие пиноцитозом малых частиц, гигантские клетки. По периферии этот конгломерат клеток окружает вал из Т-лимфоцитов. В центре гранулемы часто возникает некроз. Гранулематозная реакция лежит в основе формирования бугорков.

**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. Мукоидное набухание – начальная фаза дезорганизации



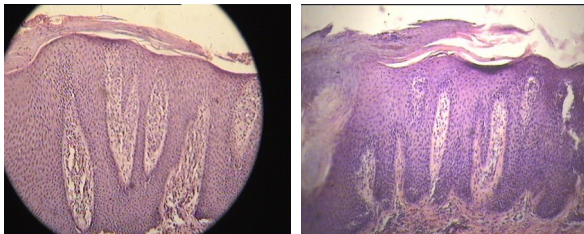
коллагена и основного межклеточного вещества соединительной ткани, заключающаяся в их набухании вследствие накопления кислых мукополисахаридов. Фибриноидное набухание характеризуется гомогенизацией и изменением тинкториальных свойств коллагена; фибриноидный некроз – фаза дезорганизации соединительной ткани, при которой, помимо гомогенизации, выражен глыбчатый распад коллагена, превращающегося в фибрин. Указанные изменения соединительной ткани наблюдаются при красной волчанке, склеродермии, когда действие иммунных комплексов вызывает повреждение микроциркуляторного русла и деструкцию соединительной ткани с инсудацией фибрина.

Патологические процессы в эпидермисе и дерме

- Пролiferативные 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, лиоидная и кальциевая дистрофия;
- Патологические расстройства пигментации – отложение меланина, гемосидерина и каротина в коже;

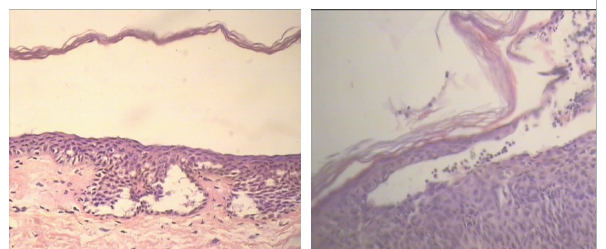
### Патологические процессы в эпидермисе и дерме

Экссудативные изменения

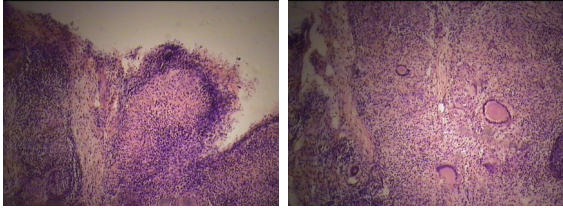


### Патологические процессы в эпидермисе и дерме

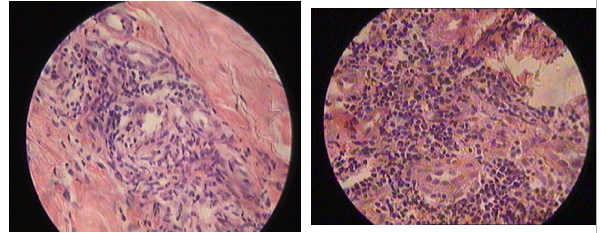
Экссудативные изменения



Воспалительные изменения в дерме  
(гранулематозное воспаление)



Воспалительные изменения в дерме  
(острое воспаление)



**8. Вопросы по теме занятия.**

1. Общие патологические процессы в эпидермисе и дерме.
2. Патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов

**9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

Правильный ответ: д

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

Правильный ответ: а

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

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

Правильный ответ: в

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

Правильный ответ: б

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

Правильный ответ: д

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

Правильный ответ: б

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

Правильный ответ: а

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

Правильный ответ: в

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

Правильный ответ: а

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

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

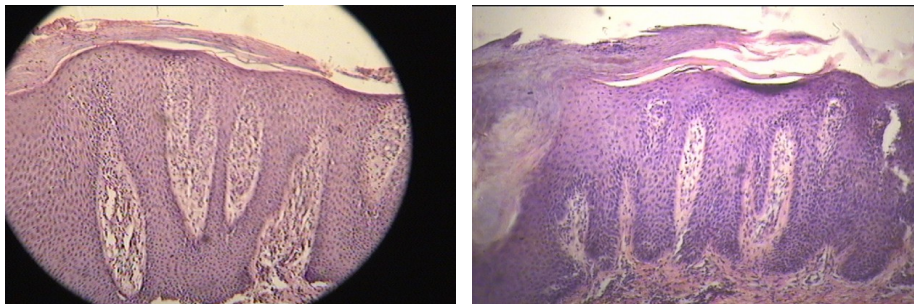
Правильный ответ: в

**10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**Задача №1.**

## Патологические процессы в эпидермисе и дерме

Экссудативные изменения

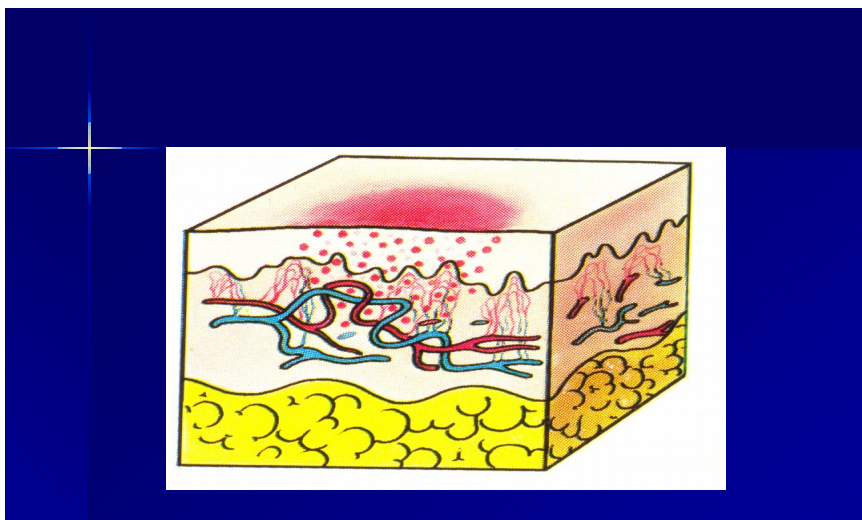


1. Какие патологические процессы вы видите в эпидермисе?
2. Для каких заболеваний характерны такие патогистологические изменения?
3. Какие первичные морфологические элементы сыпи вы знаете?
4. Перечислите слои эпидермиса.
5. Выпишите рецепт салициловой мази.

**Ответ к задаче №1**

1. Спонгиоз, акантоз, папилломатоз, паракератоз.
2. Псориаз.
3. Бесполостные: пятно, узелок, узел, бугорок, волдырь.  
Полостные: пузырек, пузырь, гнойничок
4. Базальный, шиповидный, зернистый, блестящий, роговой.
5. Rp.: Acidi salicylini 2,0  
Vaselini aa 100,0  
M.D.S. Для наружного применения.

## Задача №2.



Вопросы:

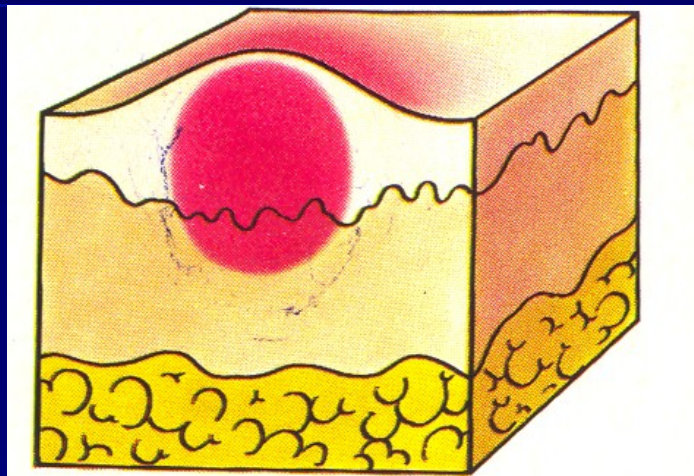
1. Какой морфологический элемент представлен на рисунке?
2. Какие патогенетические процессы участвуют в формировании этого морфологического элемента?
3. Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах кожи.
4. Какие вторичные морфологические элементы сыпи вы знаете?
5. Выпишите рецепт антигистаминного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

**Ответ к задаче № 2**

1. Волдырь.
2. Крапивница, герпетиформный дерматит Дюринга.
3. Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи для прекращения мокнутия и уменьшения воспаления. Применяются холодными. Примочки охлажденных растворов применяют при экземе, аллергическом дерматите и токсикодермии, к примеру, Sol. Acidi borizi 1-2%, Sol. Tanini 2%, Sol. furacillini 0,01-0,05%. Примочка делается следующим образом: стерильную салфетку или широкий бинт смачивают в лекарственном растворе (для грудных детей комнатной температуры). Для детей дошкольного, школьного возраста – охлажденные, отжимают и накладывают на пораженную поверхность. Не допускать согревание (не более 2-3 мин.)
4. Дисхромия кожи, чешуйка, корка, трещина, ссадина или эксфолиация, эрозия, язва, рубец, вегетация, лихенификация.
5. Rp.: Tab. Kestine 0,01  
D.t.d. № 10 in amp.  
S. По 1 мл. в/м 2 раза в день.

## 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.

**Ответ к задаче №3**

1. Папула.
2. Прлиферация клеток эпидермиса, отложение клеточного инфильтрата, отложение инородных веществ.
3. Вирусная бородавка, красный плоский лишай, псориаз, ксантома.
4. Бесполостные – пятно, узелок, узел, волдырь, бугорок.
5. Rp.: Methyleni coerulei 0,5  
Spiritus aethylici 70%- 50,0  
M.D.S. Для туширования сыпи.

#### **Задача №4**

На прием к дерматологу обратился больной 40 лет с жалобами на высыпания, локализирующиеся 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, покрывка 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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Первичные морфологические элементы сыпи – пузыри  
Вторичные морфологические элементы сыпи – эрозии, серозные корочки.  
Пузырь (bulla) - ограниченное полостное образование, выступающее над уровнем кожи, имеющее резкие границы, округлые или овальные очертания.  
Эрозия (erosio) - поверхностный дефект эпидермиса. Корка (crusta) - сохшийся экссудат
2. Данные морфологические элементы характерны для буллезных дерматозов (акантолитическая пузырчатка, герпетиформный дерматит Дюринга, пемфигоид Левера, пузырчатка глаз, болезнь Хейли-Хейли, пузырно – сосудистый синдром).
3. Акантолиз – экссудативное патогистологическое изменение, характерное для шиповидного слоя эпидермиса. Обусловлено нарушением межклеточных связей шиповидных клеток и образованием пузырей в шиповидном слое эпидермиса.
4. Бесполостные: пятно, узелок, узел, бугорок, волдырь.  
Полостные: пузырек, пузырь, гнойничок.
5. Rp.: Acidi salicylini 2,0  
Vasellini aa 100,0  
M.D.S. Для наружного применения.

#### **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.

#### **Ответ к задаче № 5**

1. Волдырь (urtica) – острый ограниченный отек собственно кожи.

2. Отек собственно кожи.
3. Возникают при крапивнице, при токсикодермиях, дерматозе Дюринга, при сывороточной болезни, ангионевротическом отеке Квинке.
4. Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи для прекращения мокнутия и уменьшения воспаления. Применяются холодными. Примочки охлажденных растворов применяют при экземе, аллергическом дерматите и токсикодермии, к примеру, Sol. Acidi borizi 1-2%, Sol. Tanini 2%, Sol. furacillini 0,01-0,05%. Примочка делается следующим образом: стерильную салфетку или широкий бинт смачивают в лекарственном растворе (для грудных детей комнатной температуры). Для детей дошкольного, школьного возраста – охлажденные, отжимают и накладывают на пораженную поверхность. Не допускать согревание (не более 2-3 мин.)
5. Базальный, шиповидный, зернистый, блестящий, роговой.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Уметь выделять патоморфологические паттерны при микроскопическом исследовании препаратов кожи больных острыми и хроническими дерматозами

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Общие патологические процессы в эпидермисе.
2. Общие патологические процессы в дерме.

### 13. 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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.	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.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		

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 №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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

#### **3. Значение темы.**

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

#### **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).

#### 4. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры.

#### 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, гистологические препараты.

#### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащённость
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	60	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) Ознакомиться со структурой кожновенерологического диспансера, его правами и обязанностями б) Ознакомиться с перечнем стандартов медицинской помощи дерматовенерологическим больным. в) Заслушивание рефератов.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## 7. Аннотация (краткое содержание 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. Ведущую роль в постановке диагноза играет осмотр непораженной и пораженной кожи. Осмотр следует проводить в теплом, хорошо освещенном помещении. Важным является также осмотр врачом всей кожи и слизистых оболочек, независимо от локализации высыпаний.

Лабораторные исследования включают микробиологическое и микологическое исследования, аллергические кожные пробы, цитологические и иммунологические методы. Цитологическим методом обнаруживают акантолитические клетки пемфигуса и LE-клетки при системной красной волчанке; иммунологические методы – прямая и непрямая реакции иммунофлюоресценции (РИФ) – используют при диагностике дерматозов, в патогенезе которых имеют значение аутоиммунные реакции (буллезные дерматозы, красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит и др.), для выявления иммунных комплексов в тканях и антител в сыворотке крови. Кроме того, при диагностике ряда дерматозов используют гистологический метод исследования, который осуществляется в результате биопсии кожи.

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.

Оценка окраски кожи дает возможность получить представление о состоянии ее сосудов и кровоснабжения, а также пигментообразовательной функции. Нормальная кожа имеет матовый оттенок и своеобразный цвет, зависящий в основном от просвечивания через нее крови в сосудах и пигмента меланина. Степень влажности и сальности кожи отражает функциональное состояние потовых и сальных желез, а рисунок, тургор и эластичность – состояние соединительной ткани и выраженность трансэпидермальной потери воды.

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 хронических зудящих дерматозах выявляют отполированность ногтевых пластинок со свободного края. Этот признак, наряду с расчесами, является объективным отражением зуда. Для оценки состояния слизистой оболочки полости рта необходимо последовательно осмотреть ее в области губ, щек, мягкого и твердого неба, языка, зева.

При оценке состояния кожи используют ряд кожных вегетативных рефлексов (дермографизм, мышечно-волосковый рефлекс). Дермографизм представляет собой реакцию нервно-сосудистого аппарата кожи на механическое раздражение и бывает

белым (при спазме сосудов), красным (при расширении сосудов) и смешанным. Мышечно-волосковый, или пиломоторный, рефлекс вызывается проведением по коже шпателем или местным охлаждением ее. В ответ на это раздражение возникает временный подчеркнутый фолликулярный рисунок («гусиная кожа»). Характер дермографизма и выраженность пиломоторного рефлекса позволяют косвенно судить о преобладании симпатических или парасимпатических отделов нервной системы. При нарушениях кожной чувствительности ее оценивают специальными пробами на температурную, тактильную и болевую чувствительность.

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, асим-метричность или линейность (например, по ходу нерва или сосуда), особенности взаимного расположения (рассеянное, сгруппированное, сливное). Важным для постановки диагноза кожного заболевания (дерматоза) является определение мономорфизма или полиморфизма элементов сыпи. Мономорфные высыпания состоят только из одного вида первичных элементов (например, воспалительная папула при псориазе, красном плоском лишае). Полиморфная сыпь представлена различными видами высыпных элементов. Выделяют истинный полиморфизм и ложный полиморфизм. При истинном полиморфизме высыпания состоят из разных видов первичных элементов, как, например, при дерматозе Дюринга, токсикодермии, вторичном сифилисе и других дерматозах. Ложный, или эволюционный, полиморфизм устанавливают, когда высыпания представлены элементами одного вида, но они находятся на разных этапах развития (при экземе, стрептококковом импетиго и др.). При диагностике дерматозов производят пальпацию высыпаний, их поскабливание, нажатие на поверхность стеклом (витропрессия, или диаскопия) и другие, дополнительные методы исследования.

#### 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).

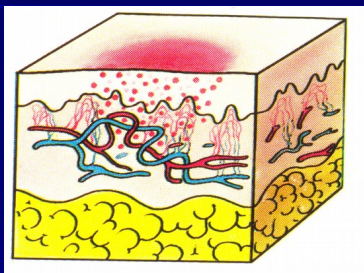
Аллергологические пробы и тесты

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

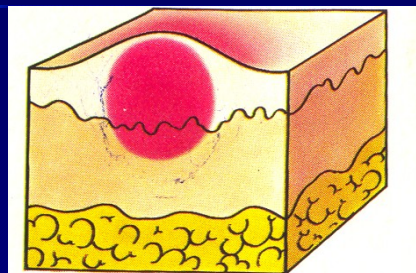
Первичные морфологические элементы:

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

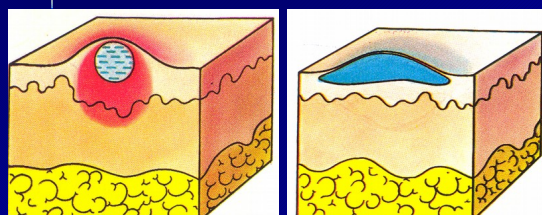
**Пятно (схема)**



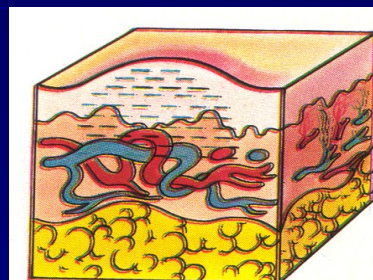
**Узелок (схема)**



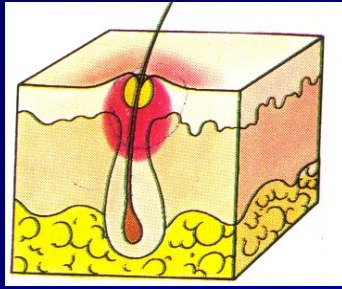
**Пузырек**  
**Пузырь (больше 0,5 см)**



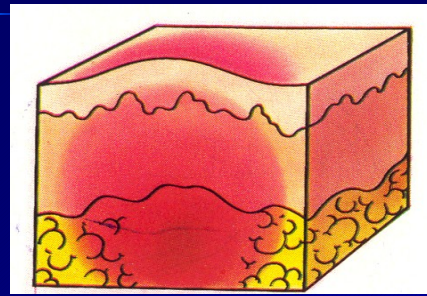
**Волдырь (urtica)**



**Гнойничок (pustula)**



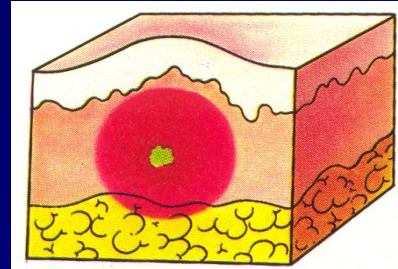
**Узел (nodus)**



**Вторичные  
морфологические элементы**

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

**Бугорок (tuberculum)**



**8. Вопросы по теме 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

**9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

правильный ответ: 1

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



правильный ответ: 5

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

правильный ответ: 5

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

правильный ответ: 3

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

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

правильный ответ: 3

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

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

правильный ответ: 5

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

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

правильный ответ: 2

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

- 1) чешуйка
- 2) рубец

3) папула

4) язва

5) эрозия

правильный ответ: 3

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

1) лихенификация

2) корка

3) чешуйка

4) язва

5) узелок

правильный ответ: 5

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

1) инфильтрацией подкожной клетчатки

2) отеком сосочкового слоя дермы

3) акантолизом

4) акантозом

5) папилломатозом

правильный ответ: 2

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

1) псориазе

2) герпетиформном дерматите Дюринга

3) истинной пузырчатке

4) экземе

5) везикулопустулезе

правильный ответ: 1

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

1) пузырь

2) волдырь

3) пятно

4) узел

5) бугорок

правильный ответ: 1

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

правильный ответ: 2

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

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

правильный ответ: 3

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

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

правильный ответ: 1

**10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**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.

**Ответ к задаче № 1**

1. Узел (nodus) - образование, возвышающееся над кожей, величиной от лесного ореха до размера человеческого кулака, образующееся вследствие отложения в глубоких слоях дермы и подкожной жировой клетчатки или в подслизистом слое слизистой клеточного инфильтрата, опухолевого разрастания, отложения инородных частиц, патологических продуктов обмена.

2. Бесполостные: пятно, узелок, узел, бугорок, волдырь.

Полостные: пузырек, пузырь, гнойничок.

3. Лабораторная диагностика чесотки основана на обнаружении самки чесоточного клеща или ее яиц в содержимом пузырьков или чесоточных ходов. Кожу в очаге поражения смазывают 40% раствором молочной кислоты, которая способствует размягчению рогового слоя, через 10 минут берут соскоб кожи над чесоточными

ходами. Можно методом «иголки» - прокалывая пузырьки (в конце чесоточных ходов), забирая из них материал. Полученный материал микроскопируют под малым увеличением.

4. Аппликационные пробы обычно проводят на коже внутренней поверхности предплечья, живота или спины. Кожу на участке постановки пробы протирают 70% спиртом. На поверхность кожи накладывают квадратный кусочек марли размером 1x1 до 2x2 см, смоченной раствором испытуемого вещества. Поверх марли накладывают компрессную бумагу, затем - квадрат или две полоски липкого пластыря. При наложении пластыря необходимо следить, чтобы его размер был больше кусочка марли. Затем на кожу в области пробы накладывают бинтовую повязку. Пробу ставят на 24 часа.

Анализ результатов кожных аппликационных тестов проводят через 48 часов с момента их постановки. При положительной пробе на коже отмечается развитие воспалительной реакции. Различают следующие степени положительных реакций: простую эритему (+); эритему, отечность, образование папул (++); интенсивную эритему, отечность, образование множественных папул и пузырьков (+++). Если эритема и папулезно-везикулезные высыпания выходят за пределы аппликационной пробы -(++++).

5. Rp.: Zinci oxydi

Talci aa 15,0

Mf. Pulv.

D.S. Для наружного применения.

### 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).

### Ответ к задаче № 2

1. У больного на коже сосудистые воспалительные пятна (розеола).

2. Данные морфологические элементы характерны для вторичного сифилиса, токсикодермии, инфекционных заболеваний.

3. - Начало заболевания. Причины, с которыми больной связывает свое заболевание. Связь заболевания с приемом тех или иных медикаментов или пищевых продуктов; данные о контакте с производственными вредностями. Результаты лечения заболевания в прошлом.

- Особенности течения заболевания: сезонность, склонность к рецидивам; связь обострений с физиологическими особенностями организма (менструация, беременность).

- Сведения о пребывании больных в эндемических очагах (лепра, лейшманиоз).

- Семейный характер заболевания (позволяет установить наследственный, врожденный характер болезни или инфекционный и паразитарный).
  - Сведения о половых и бытовых контактах больного при подозрении на инфекции, передаваемые половым путем, заразные кожные заболевания.
  - Наличие сопутствующих заболеваний со стороны внутренних органов (очаги фокальной инфекции, паразитарные инвазии). Перенесенные в прошлом заболевания.
  - Гинекологический анамнез у женщин. Аллергологический анамнез. Вредные привычки.
4. - Метод диаскопии или витропрессии, поскабливания.
- Определение дермографизма.
  - Определение мышечно – волосяного рефлекса.
  - Использование лампы Вуда для диагностики и дифференциальной диагностики кожных заболеваний.
  - Брать мазки-отпечатки и распознавать акантолитические клетки.
  - Вызывать симптом Никольского
  - Проводить забор патологического материала для выявления чесоточного клеща, патогенных грибов и возбудителей инфекций, передаваемых половым путем.
  - Удалять элементы заразительного (контагиозного) моллюска.
  - Проводить профилактику гонорейных заболеваний глаз у новорожденных
  - Ставить и оценивать кожные пробы
  - Вызывать псориатические феномены
  - Оценивать изоморфную реакцию Кебнера

5. Rp.:Zinci oxydi

Talci

Amyli aa 10,0

Olei Persicorum ad 100,0

M.D.S. Для наружного применения.

### 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.

### Ответ к задаче № 3

1. Лихенификация (lichenificatio) – ограниченное уплотнение кожи с подчеркнутым кожным рисунком. Напоминает шагреньевую кожу.

Ссадина или эксфолиация. (excoriatio) - нарушение целостности кожного покрова в результате механического повреждения. Как правило, ссадины возникают вследствие расчесов. Могут быть поверхностными и глубокими.

2. Лихенификация характерна для атопического дерматита, застарелой экземы.

Ссадины или эксфолиации характерны для чесотки, атопического дерматита, экземы. Ссадины могут возникать на слизистой в результате повреждения протезом, разрушенным зубом.

3. Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи. Применяются холодными. Назначаются на островоспалительные участки с выраженной отечностью и эритемой (контактный аллергический дерматит, экзема, отек Квинке).

4. Аппликационные пробы обычно проводят на коже внутренней поверхности предплечья, живота или спины. Кожу на участке постановки пробы протирают 70% спиртом. На поверхность кожи накладывают квадратный кусочек марли размером 1x1 до 2x2 см, смоченной раствором испытуемого вещества. Поверх марли накладывают компрессную бумагу, затем - квадрат или две полоски липкого пластыря. При наложении пластыря необходимо следить, чтобы его размер был больше кусочка марли. Затем на кожу в области пробы накладывают бинтовую повязку. Пробу ставят на 24 часа.

5. Rp.:Methyleni blaue 1% - 10,0

M.D.S. Для смазывания кожи.

#### **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.

#### **Ответ к задаче № 4**

1. Бугорок (tuberculum) - образование, холмовидно возвышающееся над уровнем кожи и слизистой, величиной до вишневой косточки, образующееся в результате отложения специфического клеточного инфильтрата в собственно коже или в нижних отделах соединительнотканного слоя слизистой оболочки.

2. Гистологически бугорки представляют собой инфекционную гранулему. Патоморфологически в дерме определяются множественные гранулемы, состоящие преимущественно из лимфоцитов с примесью эпителиоидных клеток и клеток Пирогова-Лангханса.

3. Туберкулез кожи, лейшманиоз, лепра, сифилис.

4. Rp.:Zinci oxydi

Vaselini aa 15,0

M.D.S. Для наружного применения.

5.Особое внимание уделяется характеру течения дерматоза (острый, подострый, хронический) и локализации очагов поражения при подборе наружных средств, методу применения и концентрации препарата. Общим правилом является поэтапное проведение наружной терапии с выполнением основного принципа «раздраженное не раздражай» особенно у детей с экзематозным мокнущим процессом и буллезными высыпаниями. Чем острее воспалительный процесс, тем щадящей должна быть терапия, тем более поверхностным должно быть действие лекарственных средств. Примочки, присыпки, взбалтываемые смеси действуют поверхностней паст, мазей, кремов, лаков, пластырей. На островоспалительные участки с выраженной отечностью и эритемой назначаются примочки, взбалтываемые взвеси (болтушки), затем пасты и 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.

#### **Ответ к задаче № 5**

1. Волдырь (urtica) – острый ограниченный отек собственно кожи.

2. Отек собственно кожи.

3. Возникают при крапивнице, при токсикодермиях, дерматозе Дюринга, при сывороточной болезни, ангионевротическом отеке Квинке.

4. Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи. Применяются холодными. Примочки охлажденных растворов применяют при экземе, аллергическом дерматите и токсикодермии, к примеру, Sol. Acidi borici 1-2%, Sol.Tanini 2%, Sol.furacillini 0,01-0,05%. Примочка делается следующим образом: стерильную салфетку или широкий бинт смачивают в лекарственном растворе (для грудных детей - комнатной температуры). Для детей дошкольного, школьного возраста – охлажденные. Салфетку отжимают и накладывают на пораженную поверхность. Не допускать согревание (не более 2-3 мин.)

5. Базальный, шиповидный, зернистый, блестящий, роговой.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Диагностическая триада при псориазе;
2. Симптом облатки при парапсориазе ;
3. Выявление чесоточных ходов;
4. Симптом Никольского;
5. Проба Ядассона

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

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

### 13. 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.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ  2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ  2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ  2015		
6.	<a href="#">Кожные и венерические</a>	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая		



	<a href="#">болезни</a> : учебник		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		

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 №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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### **3. Значение темы.**

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

#### **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

## **4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, процедурный кабинет диспансера.

#### 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности.

#### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия ( 540 мин.- 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	60	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а)Ознакомиться со структурой кожновенерологического диспансера, его правами и обязанностями б)Ознакомиться с перечнем стандартов медицинской помощи дерматовенерологическим больным. в)Заслушивание рефератов.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

#### 7. Аннотация (краткое содержание 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. В косметологии широко применяют тепловые процедуры, массаж, токи д'Арсонваля или ультратон-терапию, криотерапию и др. При лечении злокачественных опухолей кожи (рак, лимфома, лимфосаркома и др.) применяют рентгенотерапию и другие виды воздействия лучистой энергии. Лечебное питание необходимо, прежде всего, при лечении аллергических заболеваний кожи и некоторых обменных дерматозов. При гипосенсибилизирующей диете резко ограничивают легко усваиваемые углеводы (мед, сахар, варенье, конфеты, сиропы), поваренную соль, экстрактивные вещества (кофе, какао, специи, пряности, мясные бульоны), количество жидкости, исключают «аллергенные» продукты (куриные яйца и мясо, копчености, цитрусовые, грибы, орехи, шоколад, клубнику и др.) и алкоголь. При назначении тех или иных средств общего воздействия необходимо помнить о лекарственных взаимодействиях (потенциально опасных лекарственных комбинациях). К ним относят сочетания антигистаминных препаратов со снотворными, транквилизаторами, седативными средствами и нейролептиками (аминазин) или комбинацию сульфаниламидов с оральными антидиабетическими средствами, диаминодифенилсульфона с метотрексатом и рифампицином и др. Не следует также назначать глюкокортикоидные гормоны с вакцинами, анестетиками и симпатомиметиками (адреналин, эфедрин), а салицилаты с индометацином, метотрексатом, 6-меркаптопурином и оральными антикоагулянтами.

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.

Существенно важным является лечение сопутствующих дерматозу заболеваний, которые известны из анамнеза или выявлены в процессе обследования. Сопутствующие заболевания изменяют реактивность организма, ограничивают возможности компенсаторных и приспособительных реакций, могут существенно изменять клинику дерматоза, способствовать частым его обострениям и хроническому течению.

При лечении больных врач должен адекватно оценить психологический и эмоциональный статус больного, его настроенность в отношении того или иного лекарственного средства. Это связано с суггестивным воздействием, повышающим эффективность препаратов.

#### **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, пefлоксацин, цiproфлоксацин 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.). При его назначении следует учитывать возможность дисфункции желудочно-кишечного тракта, гепатотоксического действия, развития токсидермии. Не менее широко применяют *тербинафин*, который по эффективности воздействия на дерматофиты конкурирует с орунгалом. Тербинафин подавляет метаболизм стеролов в клеточной мембране грибов, оказывая фунгицидное и фунгистатическое действие. Его спектр противогрибкового действия несколько меньше, чем у итраконазола, однако переносимость препарата высока: отсутствует гепатотоксичность, не угнетается функция кроветворения, изредка наблюдают дисфункцию ЖКТ и токсидермию.

К противогрибковым антибиотикам относится *гризеофульвин*, который применяют уже около полувека. Он был первым препаратом, оказывающим фунгистатическое действие на трихофитоны, микроспорумы и эпидермофитоны.

### **Противовирусные средства**

Наибольшее распространение в дерматологии получили химиопрепараты, являющиеся производными аномальных нуклеозидов и оказывающие вирусостатическое и вирусолитическое действие на возбудителей простого и опоясывающего герпеса. К ним относятся *ацикловир, валацикловир и фамцикловир*. По сравнению с ацикловиром, два новых препарата имеют более высокую биодоступность и обеспечивают более длительное противовирусное действие при 1-2-кратном приеме в сутки. Все они являются препаратами первого выбора для лечения больных опоясывающим лишаем и распространенными и рецидивирующими формами простого герпеса. Важно помнить, что эти препараты не оказывают противовирусного действия при латентной вирусной инфекции. В качестве противовирусных средств также применяют *видарабин* и *рибавирин*. Они являются синтетическими аналогами нуклеозидов, превращаются в

клетках в моно-, ди- и трифосфат, которые обладают противовирусной активностью и тормозят синтез вирусных ДНК и РНК. Поэтому спектр противовирусного действия у них шире. При назначении рибавирина и видарабина следует учитывать побочное действие: нарушение сна, депрессию, гемолитическую анемию, аллергические реакции и нарушение функции щитовидной железы.

В ряде случаев на одном из этапов лечения вирусных заболеваний кожи назначают *индукторы интерферона*. Они представляют собой сборную группу природных и синтетических соединений, которые стимулируют образование интерферона в организме пациента. К ним относятся циклоферон, неовир, амиксин и др.

### **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. Иммуносупрессивное и противоаллергическое действие глюкокортикостероидов вызывается преимущественно лизисом Т-лимфоцитов, подавлением активности макрофагов, иммунных комплексов и комплемента. Антипролиферативное действие кортикостероидов обусловлено подавлением синтеза дезоксирибонуклеиновых кислот, уменьшением числа клеточных митозов, торможением синтеза коллагена фибробластами. Такое многостороннее воздействие на организм глюкокортикостероидов приводит, помимо желаемого, к многочисленным нежелательным последствиям (осложнениям), самые тяжелые из которых могут привести к смерти. Наиболее важными из них для врача являются: развитие бактериальной, грибковой или вирусной инфекции из-за иммунодепрессивного состояния, развитие пептических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, кушингоидный синдром, стероидный диабет, гипертензия, гиперкоагуляция, нарушение водно-солевого баланса в организме (гипокалиемию, гипокальциемию и остеопороз, задержка солей натрия и воды в организме), нарушение психики больного, катаракта, атрофия мышц, атрофические полосы на коже, пурпура, стероидные угри и гипертрихоз и др.

Поэтому кортикостероиды следует назначать для лечения тяжелых, опасных для жизни или неуклонно прогрессирующих дерматозов при регулярном контроле врача. Его умение предусмотреть и своевременными назначениями предупредить или ослабить перечисленные выше осложнения во многом определяет успех лечения больного. Терапию глюкокортикостероидами проводят после установления окончательного диагноза дерматоза и всестороннего обследования больного, поэтому явное предпочтение имеют стационарные условия. При назначении кортикостероидов необходимо помнить, что эффективность лечения повышается, если суточная доза гормона распределяется в соответствии с физиологическим ритмом секреции гормонов корой надпочечников. Максимальную дозу кортикостероидов (обычно 2/3 суточной дозы) дают после еды утром, остальную 1/3 – днем. Нередко начинают лечение с ударной дозы (100-300 мг преднизолона или эквивалентная доза другого препарата). Это показано при аутоиммунных буллезных дерматозах. При подостро протекающих



тяжелых и распространенных дерматозах (пустулезный псориаз, подострая красная волчанка и др.) назначают среднюю дозу (40-60 мг преднизолона). При наступлении ремиссии заболевания дозу препарата постепенно снижают до поддерживающей, иногда отменяют. Следует помнить, что резкая отмена кортикостероидов приводит к развитию нежелательного синдрома отмены. При этом в тяжелых случаях у больного развиваются анорексия, тошнота и рвота, в дальнейшем беспокоят артралгии и миалгии, головная боль, слабость, лабильность настроения, летаргия.

### **Антигистаминные средства**

В дерматологии применяют преимущественно антагонисты H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов, или так называемые H<sub>1</sub>-блокаторы. Они имеют структурное сходство с гистамином, что делает возможным конкурентно замещающее их действие на рецепторы. Принципиально различают классические (1 поколение) антагонисты H<sub>1</sub>-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 (дифенингидрамин), диазолин (мебгидролин), супрастин (хлоропирамадин), пипольфен (прометазин), тавегил (клемастин), перитол (щсрогептадиен), фенистил (диметинден).

**Препаратами II поколения антагонистов H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов** являются гисманал (астемизол), семпрекс (акривастин), кларитин (лоратадин), гистадин (терфенадин), зиртек, цетрин (цетиризин), кестин (эбастин), телфаст (фексофенадин), эриус, ломилан (дезлоратадин). У них отсутствует седативный эффект, что позволяет назначать перечисленные препараты амбулаторно лицам, которым нужно сохранить внимание и сосредоточенность. Антигистаминные препараты II поколения отличаются также отсутствием тахифилаксии (привыкания) и более длительным действием. Это позволяет применять препараты в течение месяца (иногда более) при однократном приеме в сутки. В обычных терапевтических дозах наиболее сильно подавляет реакцию на гистамин цетиризин. В дерматологии они наиболее эффективны при дерматозах, в патогенезе которых основную роль играет аллергическая реакция немедленного типа: крапивнице, анафилактических реакциях, реакции на укусы насекомых и др. Однако их с успехом применяют и при других аллергодерматозах, лечении различных форм мастоцитоза и др.

### **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. Побочное действие ретиноидов весьма разнообразно и по существу соответствует проявлениям гипervитаминоза А. Раньше и чаще всего развиваются хейлит и сухость слизистой оболочки рта, носа, глаз. Возможны скарлатиноподобное отслоение рогового слоя на ладонях и подошвах, шелушение и истончение кожи. При длительном приеме больших доз ретиноидов возможны изменения в гемограмме, повышение уровня печеночных ферментов, липидов сыворотки, гиперостозы,

остеопороз и др. Абсолютным противопоказанием к применению ретиноидов является беременность из-за тератогенного эффекта.

### **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). В дерматологии чаще применяют алкирующие препараты и антиметаболиты, которые назначают для лечения лимфопролиферативных заболеваний кожи и злокачественных опухолей. Из алкирующих препаратов, нарушающих синтез ДНК и РНК или обмен нуклеиновых кислот в клетках опухоли, широко применяют *проспидин*, *циклофосфан* и *циклофосфамид*. Обычно их сочетают с глюкокортикостероидными гормонами или другими цитостатиками при лечении лимфом кожи, болезни Капоши, саркоидоза, пемфигуса и др. Из группы антиметаболитов в дерматологии применяют *метотрексат*, который является антагонистом фолиевой кислоты, и *меркаптопурин*. Их назначают при буллезных дерматозах, тяжелых формах псориаза, дерматомиозите и др.

Одновременно некоторые цитостагические препараты в более низких дозах оказывают супрессивное действие преимущественно на иммунную систему, поэтому их назначают для лечения аутоиммунных заболеваний. Из препаратов, которые действуют иммуносупрессивно, в дерматологии чаще применяют *азатиоприн* и *циклоспорин*. Они действуют как антипролиферативно, так и иммуносупрессивно, оказывая влияние на Т- и В-лимфоциты. Поэтому их назначают при тяжелых и резистентных формах псориаза, системной красной волчанке и склеродермии.

### **8. Вопросы по теме 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.

### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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 нейрофиброматозомправильный ответ: 4
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  
правильный ответ: 1
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  
правильный ответ: 5
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  
правильный ответ: 4
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  
правильный ответ: 3
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  
правильный ответ: 5
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

правильный ответ: 3

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
- правильный ответ: 5

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
- правильный ответ: 5

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
- правильный ответ: 5

### **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

#### **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).

#### **Эталон ответа №1:**

1. У больного на коже сосудистые воспалительные пятна (розеола).
2. Данные морфологические элементы характерны для вторичного сифилиса,

токсикодермии, инфекционных заболеваний.

3. - Начало заболевания. Причины, с которыми больной связывает свое заболевание. Связь заболевания с приемом тех или иных медикаментов или пищевых продуктов; данные о контакте с производственными вредностями. Результаты лечения заболевания в прошлом.

- Особенности течения заболевания: сезонность, склонность к рецидивам; связь обострений с физиологическими особенностями организма (менструация, беременность).

- Сведения о пребывании больных в эндемических очагах (лепра, лейшманиоз).

- Семейный характер заболевания (позволяет установить наследственный, врожденный характер болезни или инфекционный и паразитарный).

- Сведения о половых и бытовых контактах больного при подозрении на инфекции, передаваемые половым путем, заразные кожные заболевания.

- Наличие сопутствующих заболеваний со стороны внутренних органов (очаги фокальной инфекции, паразитарные инвазии). Перенесенные в прошлом заболевания.

- Гинекологический анамнез у женщин. Аллергологический анамнез. Вредные привычки.

4. - Метод диаскопии или витропрессии, поскабливания.

- Определение дермографизма.

- Определение мышечно – волосяного рефлекса.

- Использование лампы Вуда для диагностики и дифференциальной диагностики кожных заболеваний.

- Брать мазки-отпечатки и распознавать акантолитические клетки.

- Вызывать симптом Никольского

- Проводить забор патологического материала для выявления чесоточного клеща, патогенных грибов и возбудителей инфекций, передаваемых половым путем.

- Удалять элементы заразительного (контагиозного) моллюска.

- Проводить профилактику гонорейных заболеваний глаз у новорожденных

- Ставить и оценивать кожные пробы

- Вызывать псориазические феномены

- Оценивать изоморфную реакцию Кебнера

5. Rp.:Zinci oxydi

Talci

Amyli aa 10,0

olei Persicorum ad 100,0

M.D.S. Для наружного применения.

### 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.

#### **Ответ к задаче № 2**

1. Бугорок (tuberculum) - образование, холмовидно возвышающееся над уровнем кожи и слизистой, величиной до вишневой косточки, образующееся в результате отложения специфического клеточного инфильтрата в собственно коже или в нижних отделах соединительнотканного слоя слизистой оболочки.
2. Гистологически бугорки представляют собой инфекционную гранулему. Патоморфологически в дерме определяются множественные гранулемы, состоящие преимущественно из лимфоцитов с примесью эпителиоидных клеток и клеток Пирогова-Лангханса.
3. Туберкулез кожи, лейшманиоз, лепра, сифилис.
4. Rp.:Zinci oxydi  
Vasellini aa 15,0  
M.D.S. Для наружного применения.
5. Особое внимание уделяется характеру течения дерматоза (острый, подострый, хронический) и локализации очагов поражения при подборе наружных средств, методу применения и концентрации препарата. Общим правилом является поэтапное проведение наружной терапии с выполнением основного принципа «раздраженное не раздражай» особенно у детей с экзематозным мокнущим процессом и буллезными высыпаниями. Чем острее воспалительный процесс, тем щадящей должна быть терапия, тем более поверхностным должно быть действие лекарственных средств. Примочки, присыпки, взбалтываемые смеси действуют поверхностней паст, мазей, кремов, лаков, пластырей. На островоспалительные участки с выраженной отечностью и эритемой назначаются примочки, взбалтываемые взвеси (болтушки), затем пасты и мази.

#### **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.

### Эталон ответа №3

1. Лихенификация (lichenificatio) – ограниченное уплотнение кожи с подчеркнутым кожным рисунком. Напоминает шагреневую кожу.

Ссадина или эксфолиация. (excoriatio) - нарушение целостности кожного покрова в результате механического повреждения. Как правило, возникают вследствие расчесов. Могут быть поверхностными и глубокими.

2. Лихенификация характерна для атопического дерматита, застарелой экземы.

Ссадины или эксфолиация характерны для чесотки, атопического дерматита, экземы. Ссадины могут возникать на слизистой в результате повреждения протезом, разрушенным зубом.

3. Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи для прекращения мокнутия и уменьшения воспаления. Применяются холодными. Назначаются на островоспалительные участки с выраженной отечностью и эритемой (контактный аллергический дерматит, экзема, отек Квинке).

4. Аппликационные пробы обычно проводят на коже внутренней поверхности предплечья, живота или спины. Кожу на участке постановки пробы протирают 70% спиртом. На поверхность кожи накладывают квадратный кусочек марли размером 1x1 до 2x2 см, смоченной раствором испытуемого вещества. Поверх марли накладывают компрессную бумагу, затем - квадрат или две полоски липкого пластыря. При наложении пластыря необходимо следить, чтобы его размер был больше кусочка марли. Затем на кожу в области пробы накладывают бинтовую повязку. Пробу ставят на 24 часа.

5. Rp.:Methylini coerulei 0,5

Spiritus aegyhylici 70%-50,0

M.D.S. Для смазывания кожи.

### 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.

### Ответы к задаче №4

1. Узел (nodus) - образование, возвышающееся над кожей, величиной от лесного ореха до размера человеческого кулака, образующееся вследствие отложения в глубоких

слоях дермы и подкожной жировой клетчатки или в подслизистом слое слизистой клеточного инфильтрата, опухолевого разрастания, отложения инородных частиц, патологических продуктов обмена.

2. Бесполостные: пятно, узелок, узел, бугорок, волдырь.

Полостные: пузырек, пузырь, гнойничок.

3. Лабораторная диагностика чесотки основана на обнаружении самки чесоточного клеща или ее яиц в содержимом пузырьков или чесоточных ходов. Кожу в очаге поражения смазывают 40% раствором молочной кислоты, которая способствует размягчению рогового слоя, через 10 минут берут соскоб кожи над чесоточными ходами. Можно методом «иглы» - прокалывая пузырьки (в конце чесоточных ходов), забирая из них материал. Полученный материал микроскопируют под малым увеличением.

4. Аппликационные пробы обычно проводят на коже внутренней поверхности предплечья, живота или спины. Кожу на участке постановки пробы протирают 70% спиртом. На поверхность кожи накладывают квадратный кусочек марли размером 1x1 до 2x2 см, смоченной раствором испытуемого вещества. Поверх марли накладывают компрессную бумагу, затем - квадрат или две полоски липкого пластыря. При наложении пластыря необходимо следить, чтобы его размер был больше кусочка марли. Затем на кожу в области пробы накладывают бинтовую повязку. Пробу ставят на 24 часа.

Анализ результатов кожных аппликационных тестов проводят через 48 часов с момента их постановки. При положительной пробе на коже отмечается развитие воспалительной реакции. Различают следующие степени положительных реакций: простую эритему (+); эритему, отечность, образование папул (++); интенсивную эритему, отечность, образование множественных папул и пузырьков (+++). Если эритема и папулезно-везикулезные высыпания выходят за пределы аппликационной пробы -(++++).

5. Rp.:Zinci oxydi

Talci aa 15,0

Mf. Pulv.

D.S. Для наружного применения.

#### 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.

**Ответ к задаче № 5**

1. Волдырь (urtica) – острый ограниченный отек собственно кожи.
2. Отек собственно кожи.
3. Возникают при крапивнице, при токсикодермиях, дерматозе Дюринга, при сывороточной болезни, ангионевротическом отеке Квинке.
4. Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи для прекращения мокнутия и уменьшения воспаления. Применяются холодными. Примочки охлажденных растворов применяют при экземе, аллергическом дерматите и токсикодермии, к примеру, Sol. Acidi borici 1-2%, Sol.Tanini 2%, Sol.furacillini 0,01-0,05%. Примочка делается следующим образом: стерильную салфетку или широкий бинт смачивают в лекарственном растворе (для грудных детей комнатной температуры). Для детей дошкольного, школьного возраста – охлажденные, отжимают и накладывают на пораженную поверхность. Не допускать согревание (не более 2-3 мин.)
5. Базальный, шиповидный, зернистый, блестящий, роговой.

**11. Перечень и стандарты практических умений.**

Выписка рецептов основных лекарственных форм, применяемых в дерматологической практике

**12. Примерная тематика НИР по теме.**

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

**13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm</a> 1	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.	<a href="#">Кожные и венерические болезни</a> : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		

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 №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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 3. Значение 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.

#### **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

### 4. Место проведения практическому занятию.

Учебная комната кафедры, процедурный кабинет диспансера.

## 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация.

## 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	60	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) Ознакомиться со структурой кожновенерологического диспансера, его правами и обязанностями б) Ознакомиться с перечнем стандартов медицинской помощи дерматовенерологическим больным. в) Заслушивание рефератов.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## 7. Аннотация (краткое содержание 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.

Примочки и влажно-высыхающие повязки применяют при островоспалительных состояниях кожи, протекающих с выраженной гиперемией, мокнутием и отеком. Примочки назначают, когда воспалительные явления выражены очень резко. В связи с тем, что основой растворов является вода, при определенных обстоятельствах ее можно использовать для примочки или влажно-высыхающей повязки. В результате правильного применения примочки (вследствие усиления теплоотдачи за счет теплопроводения) или влажно-высыхающей повязки (за счет усиления испарения) достигается охлаждающий кожу эффект, влекущий за собой стихание явлений воспаления. *Чем ниже температура раствора, чем быстрее он испаряется с поверхности кожи, тем интенсивнее выражено его противовоспалительное действие.* Примочки применяют следующим образом: холодным лекарственным раствором (4–10° С) смачивают 4-6 слоев марли, слегка отжимают и накладывают на пораженный мокнувший участок. Марлю снова смачивают: вначале через каждые 2-5 минут, а затем – через 5-10 минут (до согревания!). Процедуру продолжают в течение 1,5–2 часов, затем делают перерыв на 2-3 часа и вновь повторяют (2-4 раза в сутки). Способ применения влажно-высыхающей повязки несколько иной: 6–8 слоев марли, смоченной в охлажденном растворе, накладывают на очаг поражения на 3-4 часа, после чего процедура повторяется. Противовоспалительное действие этой формы выражено меньше, чем примочки.

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). Присыпка имеет большую гигроскопичность, абсорбирует пот и кожное сало, высушивая и обезжиривая поверхность кожи. В результате усиливается испарение и происходит охлаждение кожи. Это вызывает сужение сосудов и уменьшение воспаления и зуда. Действие присыпок поверхностное, поэтому их назначают при поверхностных воспалительных процессах без мокнутия, повышенном сало- и потоотделении, чувстве зуда и жжения, локализации поражения в складках (опрелостях). Следует учитывать, что в присыпки, предназначенные для применения в складках, не следует вводить крахмал, так как, подвергаясь брожению в условиях повышенной влажности, он образует клейкую массу, вызывающую раздражение кожи. Наносят пудру ровным тонким слоем с помощью кусочка ваты или бинта. Так как пудра легко осыпается с поверхности кожи, ее нужно наносить несколько раз в день. Пудры пересушивают кожу, они противопоказаны при воспалительных процессах, сопровождающихся мокнутием, так как при смешивании с экссудатом образуются корки и комки.

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. Основными компонентами водной болтушки являются индифферентные порошки (30%), взвешенные в воде с добавлением глицерина (10-20%). После взбалтывания взвесь равномерно наносят ватно-марлевым тампоном 2 раза в день. Поверхностный противовоспалительный эффект обусловлен усилением теплоотдачи при испарении воды и последующим действием в этом же направлении порошков. Масляная взвесь

(«цинковое масло») представляет собой суспензию окиси цинка (35–40%) в растительном масле. Она оказывает умеренное противовоспалительное действие, не пересушивает и несколько смягчает кожу, уменьшает чувство напряжения и стягивания.

**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. Для изготовления гелей используют гидрофильные вещества (желатин, агар-агар, гуммиарабик и др.), разбухающие в воде с образованием коллоидной системы. В них добавляют разные фармакологические средства (глюкокортикостероидные, фунгицидные, антибактериальные и др.), которые быстро проникают в кожу.

**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. С другой стороны, за счет содержащегося в ней жира паста размягчает роговой слой, повышая его проницаемость для лекарственных веществ, входящих в состав пасты, размягчает чешуйки и корки, способствуя их удалению, и механически защищает кожу от внешних раздражающих воздействий. Применяют пасту при подострых воспалительных процессах, не сопровождающихся мокнутием. Ее наносят прямо на кожу или на кусок марли, который затем накладывают на очаг поражения. Процедуру повторяют ежедневно. Пасту не следует применять на участки с густым волосным покровом. Поверхность кожи очищают от пасты любым растительным маслом.

**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. Механизм действия определяется свойствами фармакологического средства в растворителе. После распыления растворитель способствует быстрому проникновению фармакологического средства в поверхностные слои кожи и испаряется. Поэтому поверхностное действие аэрозоля в значительной степени зависит от содержащихся в нем лекарственных веществ, обладающих противовоспалительным, противомикробным, обезболивающим и эпителизирующим действием. Аэрозоли устойчивы при хранении и удобны для применения, их можно наносить в складки, а также на мокнущие, эрозивные очаги поражения.

**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. Примером естественных эмульсий первого типа являются молоко и сливки, а второго типа – сливочное масло. Наносят крем тонким слоем скользящим движением, иногда слегка втирают. Входящая в крем вода, испаряясь, охлаждает кожу, вызывает сужение кровеносных сосудов и обуславливает противовоспалительное действие. Ланолин, входящий в состав крема, обладает большой гигроскопичностью и впитывает воду, оказывая на кожу охлаждающее и смягчающее действие. Кремы применяют при подострых и хронических воспалительных процессах, а также при сухости кожи или снижении эластичности. Эта лекарственная форма напоминает естественную пленку кожной поверхности, не препятствует дыханию кожи и хорошо переносится.

#### 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. Жировые индифферентные основы ожиривают и смягчают сухую, шелушащуюся кожу, улучшают ее эластичность, размягчают корки и чешуйки, препятствуют испарению влаги. Поэтому они усиливают воспаление, способствуют разрешению инфильтрации кожи и проникновению вглубь кожи включенных в основу фармакологических веществ. В последние годы их успешно заменяют синтетические мазевые основы: полиэтиленгликоли, производные целлюлозы фосфолипидные и др. Они хорошо переносятся кожей, легко в нее проникают и удаляются с поверхности, не окисляются и не разлагаются. Синтетические основы не ожиривают кожу, слабо препятствуют испарению влаги и хорошо эмульгируются. Свойство мазевых основ препятствовать испарению обратно пропорционально их эмульгирующей способности. Практически не эмульгирующийся с водой вазелин значительно сильнее препятствует испарению, чем гидрофильный ланолин, свиное сало, полиэтиленгликоли и фосфолипидные основы. Традиционные жировые мазевые основы оказывают более выраженный окклюзионный эффект, чем синтетические водорастворимые. Действие лекарственной формы на кожу тем глубже, чем сильнее она задерживает испарение влаги с поверхности кожи, поэтому мази применяют в тех случаях, когда необходимо достигнуть глубокого и длительного воздействия лекарственного вещества на пораженный участок кожи. Применение мазей показано при хроническом воспалении кожи, сопровождающемся застойной гиперемией, шелушением, инфильтрацией и лихенификацией; для размягчения и удаления корок и утолщенного рогового слоя; при лечении поверхностных инфекционных и паразитарных заболеваний кожи.

#### 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). На коже лак быстро высыхает и оставляет тонкую, прозрачную пленку, обладающую выраженными адгезивными свойствами. Она обеспечивает длительный контакт с кожей введенного в состав лака фармакологического средства. Физическое действие лака аналогично действию мази, поэтому он применяется в целях глубокого воздействия сильнодействующих фармакологических средств строго на ограниченный участок кожи (при гиперкератозе, вульгарных бородавках и др.). Вследствие герметизации и давления, оказываемого на подлежащую кожу, лак обеспечивает глубокое действие, способствуя рассасыванию инфильтрата, ускоряет проникновение в кожу содержащихся в нем фармакологических средств. В состав лака включают различные по действию лекарственные вещества: кератолитические, фунгицидные, дезинфицирующие, разрешающие и др. Лаки используют в дерматологии в виде эластического коллодия с 10% касторовым или траумацитином (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. В эту массу включают лекарственное вещество, название которого определяет и название пластыря (салициловый, мочевиновый). Пластырь действует аналогично лаку, но значительно глубже. Его назначают, когда нужно размягчить или разрыхлить утолщенный роговой слой. Пластырь обладает раздражающим действием, поэтому его накладывают на небольшие участки кожи при отсутствии воспалительных явлений.

#### Пластырь

- Оказывает интенсивное рассасывающее действие в глубину
- Используют для лечения ограниченных орозоленостей, 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.

### 8. Вопросы по теме занятия.

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

### 9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

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.

Правильный ответ: д

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.

Правильный ответ: г

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

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: д

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.

Правильный ответ: а

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, мочеви́на.
- д) анилиновые красители

Правильный ответ: а

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

Правильный ответ: в

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

Правильный ответ: д

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

Правильный ответ: в

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.

Правильный ответ: а

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
- правильный ответ: г

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
- правильный ответ: г

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
- правильный ответ: г

## 10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

### 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.

### Ответ к задаче №1

1. Примочки (2% раствор танина, 0,25% раствор нитрата серебра и др.); Пасты (2-5% ихтиоловая, 5% нафталановая и др.); Водно-взбалтываемые взвеси; Мази, содержащие глюкокортикостероиды(0,1% мометазона фуروات или 0,1% метилпреднизолона ацепонат и др.)

2. Примочки и влажно-высыхающие повязки применяют при островоспалительных состояниях кожи, протекающих с выраженной гиперемией, мокнутием и отеком. Примочки назначают, когда воспалительные явления выражены очень резко. В связи с тем, что основой растворов является вода, при определенных обстоятельствах ее можно использовать для примочки или влажно-высыхающей повязки. Примочки применяют следующим образом: холодным лекарственным раствором (4–10° С) смачивают 4–6 слоев марли, слегка отжимают и накладывают на пораженный мокнущий участок. Марлю снова смачивают: вначале через каждые 2–5 минут, а затем – через 5–10 минут (до согревания!). Процедуру продолжают в течение 1,5–2 часов, затем делают перерыв на 2–3 часа и вновь повторяют (2–4 раза в сутки). Способ применения влажно-высыхающей повязки несколько иной: 6–8 слоев марли, смоченной в охлажденном растворе, накладывают на очаг поражения на 3–4 часа, после чего процедура повторяется. Противовоспалительное действие этой формы выражено меньше, чем примочки.

Для примочек используют

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

3. Адсорбция, охлаждение, связанное с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи, ведущее к уменьшению прилива крови к данному участку. За счет этого происходит прекращение мокнутия и уменьшение воспаления при добавлении различных веществ. Обладают вяжущим, дезинфицирующим и дезодорирующим действием, оказывают боле- и зудоудаляющий эффект.

4. Метиленовый синий, бриллиантовый зеленый, «Фукорцин».

5. Острое воспаление с мокнутием – примочки, аэрозоли, влажно-высыхающие повязки. Острое воспаление без мокнутия- примочки, водные взбалтываемые смеси («болтушки»), кремы, присыпки, пасты, аэрозоли. Подострое воспаление - кремы, пасты, присыпки, мази. Хроническое неспецифическое воспаление - мази, согревающие компрессы. Выраженная инфильтрация и лихенификация в очагах- мази, кремы (с кератолитическими свойствами). Стадия регресса (ремиссия) – мази, кремы (с биологическими добавками и витаминами).

### **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 3 см. 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?

**Ответ к задаче №2:**

1. Характер воспалительного процесса.
2. Острое воспаление с мокнутием – примочки, аэрозоли, влажно-высыхающие повязки. Острое воспаление без мокнутия- примочки, водные взбалтываемые смеси («болтушки»), кремы, присыпки, пасты, аэрозоли. Подострое воспаление - кремы, пасты, присыпки, мази. Хроническое неспецифическое воспаление - мази, согревающие компрессы. Выраженная инфильтрация и лихенификация в очагах- мази, кремы (с кератолитическими свойствами). Стадия регресса (ремиссия) – мази, кремы (с биологическими добавками и витаминами).
3. Мокнутие, отек, острое воспаление ограниченных участков кожи.
4. Methyleni coerulei 0,5  
Spiritus aethylici 70% 50,0  
M.D.S.
5. При состояниях сопровождающихся мокнутием.

### **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?

**Ответ к задаче №3**

1. Узелок или папула (papula) - образование, возвышающееся над кожей, величиной от просяного зерна до 2 см в диаметре, образующееся вследствие отложения клеточного инфильтрата (КПИ, псориаз), новообразования эпителия (бородавки), отложения инородных частиц патологических продуктов обмена (холестерина, амилоида, слизи,

кальция и др.). Бляшка – папула размером более 2 см в диаметре. Чешуйки (squama) - роговые пластинки, потерявшие связь с нижележащими слоями эпидермиса.

2. Данные морфологические элементы образовались вследствие отложения клеточного инфильтрата в эпидермисе.

3. Показанием к назначению являются хроническое воспаление кожи с явлениями пассивной гиперемии, инфильтрации, лихенизации, гиперкератоза. Мази оказывают рассасывающий, противовоспалительный, кератопластический, а также кератолитические эффекты.

4. При назначении адекватных средств наружной терапии необходимо:

- проводить осмотр и оценку кожи больного;
- оценить характер морфологических изменений, степень их выраженности, локализацию и площадь поражения кожи;
- выбрать фармакологическое средство с учетом механизма действия (противовоспалительное, кератолитическое, кератопластическое, антибактериальное и др.) лекарственных субстанций, применяемых в моноформе или в комбинации;
- выбрать индивидуально для каждого больного лекарственную форму в зависимости от характера клинико-морфологических изменений (раствор, взбалтываемая смесь, мазь, крем, паста и др.);
- определить методику применения наружного средства;
- при необходимости провести подготовку (очищение) кожи перед началом проведения наружной терапии;
- провести (при необходимости) фармакологическую пробу перед использованием наружного средства;
- соблюдать последовательность применения и проводить смену лекарственных форм в зависимости от остроты и динамики кожного процесса;
- учитывать индивидуальные, топические и возрастные особенности кожи.

Особое внимание уделяется характеру течения дерматоза (острый, подострый, хронический) и локализации очагов поражения при подборе наружных средств, методу применения и концентрации препарата. Общим правилом является поэтапное проведение наружной терапии с выполнением основного принципа «раздраженное не раздражай». Примочки, присыпки, взбалтываемые смеси действуют поверхностней паст, мазей, кремов, лаков, пластырей.

5. Rp.: Diflucani 0,150

D.t.d. №3 in caps.

S. По 1 капсуле 1 раз в неделю.

#### **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.

Показания к применению водно – взбалтываемых смесей.



1. Фармакодинамика паст.
2. Выпишите рецепт наружного антипаразитарного средства.
3. Абсолютные противопоказания к применению наружных глюкокортикоидных средств.
4. Общие правила назначения наружных ГКС.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Распространенный острый процесс без явлений мокнутия.
2. Адсорбция, сужение сосудов, смягчение рогового слоя эпидермиса, усиление проницаемости лекарственных веществ.
3. Rp: Ung. Sulfurati 33% 100,0  
D.S. Смазывать кожу 1 раз в день  
Применяют в течение 6 дней. У детей используют 10—15% серную мазь
4. 1) Туберкулезный или сифилитический процессы в области нанесения препарата;  
2) Вирусные заболевания, в том числе простой герпес, ветряная оспа, опоясывающий лишай в области нанесения препарата; 3) Кожные реакции на вакцинацию в области нанесения препарата; 4) Повышенной чувствительности к компонентам препарата.
- 5.- Предпочтение следует отдавать препаратам с высокой эффективностью и безопасностью, обладающим пролонгированным действием (прием 1 раз в сутки).
  - Следует начинать терапию с сильных ГКС (3-5 дней), затем (при необходимости) продолжить более слабыми ГКС-препаратами (до 2-3 недель)
  - Предпочтение следует отдать коротким интермиттирующим курсом, но не длительным непрерывным.
  - Не следует назначать фторсодержащие ГКС младенцам и детям первых лет жизни и применять на область лица, шеи, в естественных складках, аногенитальной области.
  - Инфекционные осложнения следует санировать дополнительными местными или системными средствами, до начала использования топических 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.

#### **Ответ к задаче №5**

1. Дерматозы сопровождающиеся зудом.
2. 1) Препараты назначают только в острой и/или хронической фазах заболевания.  
2) Предпочтение следует отдавать препаратам с высокой эффективностью и безопасностью, обладающим пролонгированным действием (прием

1 раз в сутки). 3) Следует начинать терапию с сильных ГКС (3-5 дней), затем (при необходимости) продолжить более слабыми ГКС-препаратами (до 2-3 недель) 4) Предпочтение следует отдать коротким интермиттирующим курсом, но не длительным непрерывным. 5) Не следует назначать фторсодержащие ГКС младенцам и детям первых лет жизни и применять на область лица, шеи, в естественных складках, аногенитальной области. 6) Инфекционные осложнения следует санировать дополнительными местными или системными средствами, до начала использования топических ГКС.

3. Как классифицировать активность местных стероидов; Какие технологии применения следует рекомендовать; Какие меры предосторожности следует соблюдать в педиатрической практике; Какие местные нежелательные побочные эффекты можно ожидать; С какой лекарственной формы следует начать лечение.

4. Препятствует испарению воды с поверхности кожи, уменьшает теплоотдачу, что влечет за собой расширение сосудов и прилив крови к данному участку, размягчает эпидермис и способствует глубокому проникновению в кожу лекарственных веществ.

5. Rp: Pastae Zinci 40,0

D.S. Наносить на очаги 2 раза в день

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

- Выписка рецептов основных лекарственных форм наружной терапии, применяемых в дерматологической практике
- Применение различных лекарственных форм наружной терапии на практике.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

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

### 13. 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.	<u>Дерматовенерология</u> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm</a> 1	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.		

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 №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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### **3. Значение темы.**

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

#### **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;

### **4. Место проведения практического занятия**

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

### 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия, гистологические препараты.

### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин.- 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	60	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) Ознакомиться со структурой кожновенерологического диспансера, его правами и обязанностями б) Ознакомиться с перечнем стандартов медицинской помощи дерматовенерологическим больным. в) Заслушивание рефератов.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

### 7. Аннотация (краткое содержание 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)

ТОКСИНЫ:           ФЕРМЕНТЫ:

Летальный           Гиалуронидаза

Некротический   Коагулаза

Гемолитический   Лецитиназа

Лейкоцидин               Фибринолизин

Энтеротоксин   Пенициллиназа

Нейро- и           Протеиназа

эритрогенный

Дезоксирибонуклеаза

#### СТРЕПТОКОККИ

( зеленящий, гемолитический,

негемолитический, слизистый)

ТОКСИНЫ:           ФЕРМЕНТЫ:

Летальный           Те же

Некротический

Энтеротоксин

Гемолитический

(S,O,G и др. стрептолизины)

## **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.

#### **8. Вопросы по теме 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.

#### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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 ртаПравильный ответ: 4

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 осложненийПравильный ответ: 3

3. РАЗВИТИЮ ФУРУНКУЛЕЗА СПОСОБСТВУЕТ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9):

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

Правильный ответ: 4

4. У БОЛЬНОГО ФУРУНКУЛ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 36.6 ГРАДУСОВ.  
НАЗНАЧЬТЕ ЛЕЧЕНИЕ (УК-1, ПК-6):

- 1) мазь Вишневского
- 2) мазь с антибиотиками
- 3) немедленное вскрытие фурункула
- 4) противогрибковая мазь
- 5) согревающий компресс

Правильный ответ: 2

5. ПРИ ФУРУНКУЛЕ В СТАДИИ ИНФИЛЬТРАЦИИ НАЗНАЧАЕТСЯ (УК-1, ПК-6):

- 1) анилиновые красители
- 2) местно повязка с чистым ихтиолом
- 3) мазь целестодерм
- 4) обкалывание гидрокортизоном
- 5) вскрытие фурункула

Правильный ответ: 2

6. ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ФУРУНКУЛА НЕОБХОДИМО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ  
БОЛЬНОГО (ПК-5, ПК-6):

- 1) на задней поверхности шеи
- 2) в пояснично-крестцовой области
- 3) на лице
- 4) на коже живота
- 5) на коже предплечья

Правильный ответ: 3

7. ПРИ ГИДРАДЕНИТЕ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЮТСЯ (ПК-5, ПК-6)

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

Правильный ответ: 1

8. ПРИ ГИДРАДЕНИТЕ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ (ПК-5):

- 1) ламизил
- 2) госсипол
- 3) цинковую пасту

- 4) повязку с мазью Вишневского
- 5) мазь с антибиотиками

Правильный ответ: 5

9. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ШАНКРИФОРМНУЮ ПИОДЕРМИЮ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9):

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

Правильный ответ: 1

10. ЯЗВА ПРИ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ (ПК-6):

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

Правильный ответ: 1

#### **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

##### **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.

##### **Ответ к задаче № 1**

1. Фурункул носогубного треугольника.
2. Пиодермии (греч. руон-гной) - гнойные воспалительные заболевания кожи, вызываемые разнообразными возбудителями (стафилококками, стрептококками, пневмококками, кишечной палочкой, вульгарным протеом, синегнойной палочкой и другими). Чаще всего обусловлены стафилококками и стрептококками.

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

Неповрежденная нормально функционирующая кожа является непреодолимым препятствием для проникновения пиококковой инфекции в организм. Защитная функция кожи обеспечивается целостью рогового слоя и его химическим составом, секретом сальных и потовых желез. Мытье кожи ведет не только к механическому удалению микробов, но и повышению её стерилизующего свойства. На поверхности кожи, вымытой с мылом, погибает до 95 % всех нанесенных на кожу микробов.

Защитные функции кожи могут видоизменяться под влиянием разнообразных внешних факторов: нарушения целостности рогового слоя (травматизация механическими факторами, химическими веществами, мацерация), загрязнения кожи, нарушения секреторной функции кожи. Повышенное потоотделение ведет к мацерации, снижается кислотность поверхности кожи, что создает предпосылки для размножения пиококков, проникновению их в глубину кожи. Имеет значение себорейное состояние кожи (количественные и качественные изменения кожного сала, снижение его стерилизующих свойств).

Различные нарушения функций внутренних органов (особенно желудочно-кишечного тракта), эндокринных желез, процессов обмена, функциональные нарушения ЦНС, нарушения питания, витаминные нарушения отражаются на степени восприимчивости к пиококковой инфекции и влияют на характер её течения.

3. Тромбоз кавернозного синуса, тромбоз флебит вен лица, менингит, менингоэнцефалит, сепсис, абсцессы.

4. Общее лечение:

- 1) Антибиотики группы пенициллина (амоксициллина тригидрат по 500 мг 2р/сут., амоксициллин — по 500—750 мг 2 р/сут.)
- 2) Антибиотики группы цефалоспоринов (цефалексин — по 250—500 мг 4 р/сут., цефазолин - 1 г 2—4 р/сут. цефаклор по 500 мг 3 раза в сутки. ).
- 3) Антибиотики группы макролидов (эритромицин по 1 —4 г. 4 р/сут., азитромицин 1 г — в 1-й день, со 2-го по 5-й день — по 500 мг 1 р/сут.).

Местное лечение:

- 1) Препараты с противовоспалительным, антисептическим действием (ихтиоловая мазь 10%, ихтиоловая паста 2—5%, аппликации на инфильтративный очаг).
  - 2) Анилиновые красители (бриллиантового зеленого спиртовой раствор 1%, фуорцин спиртовой раствор, метиленовый синий 1—3% водный раствор, калия перманганата 0,01—0,1% раствор, аппликации 2—3 р/сут.)
  - 3) Антисептические наружные препараты (раствор перекиси водорода, хлоргексидина биглюканат 0,5% спиртовой, 1% водный раствор, хлорофиллипт масляный раствор 2%, аппликации 2-3 р/сут.).
  - 4) Антимикробные препараты (неомицина сульфат (5000 МЕ/5мг)+ бацитрацин цинк (250МЕ), гентамицина сульфат 0,1% мазь или крем, фузидовая кислота 2% крем или мазь, мупироцин 2% мазь, эритромицин мазь (10 000 ЕД/г), линкомицина гидрохлорид мазь, сульфатазол серебра 1% крем, цинка гиалуронат раствор или гель, аппликации 2—3 р/сут. Курс лечения составляет 7—14 дней).
5. -своевременное антисептическая обработка микротравм, трещин, раневых поверхностей.  
- рациональный уход за кожей лица.

## 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.

### Ответ к задаче № 2

1. Стрептококковое импетиго.
2. В очаге стрептококковой инфекции из расширенных кровеносных капилляров выходит в окружающую ткань в большом количестве плазма крови. Она вызывает резкий отек вокруг очага с быстрым образованием полости, наполненной серозным экссудатом. Полиморфоядерные нейтрофилы из кровеносных сосудов не выходят, поэтому лейкоцитарной зоны вокруг очага инфекции не образуется. Реакция со стороны соединительной ткани небольшая. Коагуляция плазмы, проникшей в ткань, происходит слабо, так как стрептококки менее способны коагулировать плазму. Вместе с тем, фибринолитическое свойство у них выражено значительно сильнее. Блокада лимфатических сосудов при инфекции наступает поздно, только через 2 суток. Этим и обусловлены клинические особенности стрептококкового воспалительного процесса - вяло текущий воспалительный процесс с резким отеком ткани и быстрым образованием в очаге инфекции пузырька, окруженного гиперемией; раннее развитие лимфангоитов и лимфаденитов, часто с бурной общей реакцией – высокой температурой тела, головной болью, изменениями в крови, с тенденцией к диссеминации процесса.
3. Стрептококковое импетиго является самой частой формой стрептодермии. Стрептодермии чаще встречаются у лиц с тонким эпидермисом (дети, женщины). У детей наблюдается на первом году жизни и в более старшем возрасте. Источником инфекции являются чаще всего лица, больные стрептококковыми заболеваниями кожи и слизистых оболочек (хронический ринит, ангина, скарлатина). Возбудитель передается через белье, одежду, игрушки, инфицированные руки.
- 4.- Щелевидное импетиго (заеда, угловой стоматит).
  - Околоногтевое импетиго (турниоль, поверхностный панариций).
  - Пузырное (буллезное) импетиго.
  - Кольцевидное импетиго.
  - Гирляндоподобное импетиго.
  - Папуло-эрозивная стрептодермия (пеленочный дерматит или сифилоподобное папулезное импетиго).
  - Интритригинозная стрептодермия.
  - Эритемато-сквамозная стрептодермия

- Острая диффузная поверхностная стрептодермия.

5. Rp: Liquoris Castellani 50,0

D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день.

Rp: Fucorcini 25,0

D.S. Смазывать очаги 1 раз в день.

Rp: Ung. Erythromycini 1% 10,0

D.S. Смазывать очаги 2 раза в день.

Rp: Ung. Nentamycini 0,1%-10,0

D.S. Наносить на очаги поражения 2-3 раза в день.

Rp: Ung. Lyncomycini 2%-15,0

D.S. Наносить на очаги поражения.

### Задача №3

На прием к дерматовенерологу обратилась больная 20 лет с жалобами на высыпания на коже спины, бедер, ягодиц; повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>, 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 имеет пустулу, у двух узлов в центре отчетливо виден некротический стержень с гнойным отделяемым.

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

### Ответ к задаче № 3

1. Фурункулез.
2. Фурункулез – хроническая рецидивирующая стафилодермия.
3. Возбудителем инфекции является стафилококк. Исследования последних лет показали, что в основе хронической пиодермии лежит иммунодефицитное состояние. Изменения в основном касаются состояния специфических и неспецифических компонентов клеточного звена иммунитета. Отмечено снижение количественных и функциональных показателей основных регуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов хелперов и супрессоров, снижение

фагоцитарной активности нейтрофилов и тканевых макрофагов, снижение продукции Ig G, IgA.

4. - Общий анализ крови.

– Общий анализ мочи.

– Биохимический анализ крови: общий белок, общий билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, креатинин, мочевины, глюкоза.

– Гистологическое исследование биоптата кожи (в сомнительных случаях).

– Исследование показателей иммунологического статуса.

– Микробиологическое выделение и идентификация микробной флоры кожи с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам.

5.

1) Лечение выявленных сопутствующих заболеваний (сахарного диабета).

2) Полноценная диета, богатая витаминами. В пище ограничение соли, углеводов, исключение алкоголя.

3) Противорецидивное лечение (курс витаминотерапии, фитотерапии, УФО, иммунокорригирующая терапия).

4) Диспансерное наблюдение.

#### **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.

#### **Ответ к задаче № 4**

1. Стрептококковое импетиго.

2. В очаге стрептококковой инфекции из расширенных кровеносных капилляров выходит в окружающую ткань в большом количестве плазма крови. Она вызывает резкий отек вокруг очага с быстрым образованием полости, наполненной серозным экссудатом. Полиморфноядерные нейтрофилы из кровеносных сосудов не выходят, поэтому лейкоцитарной зоны вокруг очага инфекции не образуется. Реакция со стороны соединительной ткани небольшая. Коагуляция плазмы, проникшей в ткань, происходит слабо, так как стрептококки менее способны коагулировать плазму. Вместе с тем, фибринолитическое свойство у них выражено значительно сильнее. Блокада лимфатических сосудов при инфекции наступает поздно, только через 2 суток. Этим и обусловлены клинические особенности стрептококкового воспалительного процесса - вяло текущий воспалительный процесс с резким отеком ткани и быстрым образованием в очаге инфекции пузырька, окруженного гиперемией; раннее развитие лимфангоитов и

лимфаденитов, часто с бурной общей реакцией – высокой температурой тела, головной болью, изменениями в крови, с тенденцией к диссеминации процесса.

3. Стрептококковое импетиго является самой частой формой стрептодермии. Стрептодермии чаще встречаются у лиц с тонким эпидермисом (дети, женщины). У детей наблюдается на первом году жизни и в более старшем возрасте. Источником инфекции являются чаще всего лица, больные стрептококковыми заболеваниями кожи и слизистых оболочек (хронический ринит, ангина, скарлатина). Возбудитель передается через белье, одежду, игрушки, инфицированные руки.

4.- Общий анализ крови.

– Общий анализ мочи.

– Микробиологическое выделение и идентификация микробной флоры кожи с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам.

5. Большое значение имеет правильный уход за здоровой и больной кожей. При всех формах пиодермий следует избегать мытья водой с мылом очагов поражения. В целях санации всей кожи рекомендуется общее ультрафиолетовое облучение или обтирание видимо здоровой кожи дезинфицирующими средствами (1-2% спиртовой раствор салициловой кислоты, 0,1% водный раствор перманганата калия, 1-2% спиртовой раствор борной кислоты). Следует избегать повязок и компрессов, которые способствуют переносу инфекции на здоровые участки кожи.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №5**

1. Стрептококковое импетиго (поверхностный панариций).
2. В очаге стрептококковой инфекции из расширенных кровеносных капилляров выходит в окружающую ткань в большом количестве плазма крови. Она вызывает резкий отек вокруг очага с быстрым образованием полости, наполненной серозным экссудатом. Полиморфноядерные нейтрофилы из кровеносных сосудов не выходят, поэтому лейкоцитарной зоны вокруг очага инфекции не образуется. Реакция со стороны соединительной ткани небольшая. Коагуляция плазмы, проникшей в ткань, происходит слабо, так как стрептококки менее способны коагулировать плазму. Вместе с тем, фибринолитическое свойство у них выражено значительно сильнее. Блокада лимфатических сосудов при инфекции наступает поздно, только через 2 суток. Этим и



обусловлены клинические особенности стрептококкового воспалительного процесса - вяло текущий воспалительный процесс с резким отеком ткани и быстрым образованием в очаге инфекции пузырька, окруженного гиперемией; раннее развитие лимфангоитов и лимфаденитов, часто с бурной общей реакцией – высокой температурой тела, головной болью, изменениями в крови, с тенденцией к диссеминации процесса.

### 3. Антибиотики

Показаны при остро протекающих, глубоких пиодермиях, распространенных пиодермиях, хронических, а также при осложнениях лимфангоитом и тяжелыми общими явлениями. Наиболее эффективными и с наименьшим числом побочных реакций являются антибиотики из группы макролидов, линкомицин, а также цефалоспорины I-II поколения; также другие антибиотики, устойчивые к  $\beta$ -лактамазам и обладающие широким спектром действия. Антибиотики назначают с учетом данных антибиотикограммы перорально, в ряде случаев – внутримышечно. Режим дозирования индивидуальный в зависимости от тяжести течения и распространенности процесса.

Сульфаниламиды.

Наружная терапия.

Очаг поражения обрабатывается антисептическими растворами (1% спиртовой раствор хлорофиллипта, фукоцин, 1% раствор метиленовой синьки). Везикулопустулезные элементы сыпи необходимо вскрывать стерильной иглой, смазывать 2-3 раза в день водными и спиртовыми растворами анилиновых красителей (1-2% раствором метиленовой синьки, бриллиантовой зелени; 0,5% раствором перманганата калия, краской Кастеллани). Для снятия корок используют дезинфицирующие, кератолитические и кератопластические мази: 1-2% салициловую, 3-5% дерматоловую; фуцидин мазь и крем. Применяют мази с антибиотиками: тетрациклиновую, эритромициновую, гентамициновую.

4. Поверхностный панариций может превратиться в глубокий.

5. - своевременная антисептическая обработка микротравм, трещин, раневых поверхностей.

- рациональный уход за кожей рук.

### **11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Составлять алгоритм обследования и лечения больных, страдающих пиодермиями
2. Исследовать содержимое пузырей, пузырьков и пустул.
3. Определять чувствительность больного к антибиотикам.
4. Проводить эпиляцию при вульгарном сикозе.

### **12. Примерная тематика НИР по теме.**

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

### **13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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		

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 №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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 3. Значение темы.

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

#### **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 дерматозоозами ;
- владеть:**
- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данные заболевания;

#### **4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

#### **5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

#### **6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин.- 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	60	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а)Ознакомиться со структурой кожновенерологического диспансера, его правами и обязанностями б)Ознакомиться с перечнем стандартов медицинской помощи дерматовенерологическим больным. в)Заслушивание рефератов.

6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## 7. Аннотация (краткое содержание 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
- непрямой, более редкий связан со слабой жизнестойкостью клеща во внешней среде. Заражение: постельные принадлежности, игрушки, письменные принадлежности, предметы личной гигиены, одежда.

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

Инкубационный период зуд появляется в 1-2 день у сенсibilизированных 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;
- не прямой 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)
- Скамбиозная лимфоплазия
- Псевдочесотка

#### **ДИАГНОСТИКА:**

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

Методы для микроскопии клеща:

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

#### **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.

Головные вши (*Pediculi capitis*) – подвижные темно-серого цвета паразиты, размером от 2-3 мм (самец) до 3-5 мм (самка). Поселяясь на волосистой части головы, самки откладывают яйца (гниды) белесоватого цвета 0,7-0,8 мм, плотно приклеивая их к поверхности волос. Наиболее хорошо заметны гниды на темных волосах.

Платяные вши (*Pediculi vestimenti*) – подвижные белесовато-серого цвета насекомые размером от 3-4 мм (самец) до 3-5 мм (самка). Самки откладывают яйца (гниды) в складках одежды, приклеивая их к ворсинкам ткани.

Лобковые вши (*Pediculi pubis*), или площицы – малоподвижные мелкие (1-2 мм) насекомые, желтовато-коричневатого цвета, напоминающие по форме краба. Интенсивность окраски зависит от содержания крови хозяина в кишечнике вши (после укуса насекомое становится темнее). Гниды приклеиваются к волосам на лобке, бедрах,



животе. В запущенных случаях – и в зоне подмышечных впадин, груди, бровей, ресниц. У лиц с выраженным волосяным покровом насекомые и гниды могут находиться в любой зоне оволосения (кроме волосистой части головы).

Заражение всеми видами вшей осуществляется при прямом телесном контакте с больным человеком (бытовой и половой контакты), а также при опосредованном контакте (через предметы быта, постельные принадлежности, белье, одежду, спортивный инвентарь и пр.).

**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. Гнойные корки склеивают волосы в один сплошной конгломерат, могут увеличиваться затылочные и шейные лимфоузлы. При тщательном осмотре можно обнаружить на волосах мелкие белесоватые гниды, подвижные головные вши видны не всегда. Обнаружение гнид и тем более вшей подтверждает диагноз.

*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 отечных серо-папул. Локализация укусов совпадает с зонами, где белье максимально соприкасается с кожей (поясница, межлопаточная и подмышечные зоны, кожа шеи, голени). Укусы вызывают интенсивный зуд, следствием которого могут быть расчесы и пиогенные осложнения в виде стрептостафилококковых пиодермитов. При длительном существовании вшей и хроническом расчесывании кожа пигментируется и лихенизируется. Платяная вшивость представляет большую эпидемиологическую опасность, так как эти насекомые являются переносчиками возбудителя сыпного тифа.

*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. В запущенных случаях вшей находят на бровях и ресницах, куда они приклеивают свои гниды. Площицы малоподвижны, прикрепляются к коже и основаниям волос; иногда в этих местах развивается воспалительная реакция в виде небольшого размера (до 1 см) синюшных с геморрагическим оттенком пятен (так называемые вшивые пятна, или *maculae coeguleae*), не исчезающих при диаскопии. В случае поражения ресниц возникает отек и воспаление век.

**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 принадлежностей, 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 (ниттифор) 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. Применяется для лечения головного и лобкового педикулеза, уничтожает взрослых насекомых и гнид. Время экспозиции 10 мин. Через 7 дней рекомендуют повторить противопаразитарную обработку, чтобы убить личинок вшей, которые могут вылупиться из оставшихся жизнеспособными гнид.

При борьбе с платяной 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 сосочковые 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.

Дифференциальный диагноз. Остронекротизирующую форму кожного лейшманиоза дифференцируют от фурункула, карбункула, кератоакантомы, плоскоклеточного рака, хронической язвенной пиодермии, кожной формы сибирской язвы.

Для *поздноизъязвляющегося варианта* болезни характерно появление бугорка с гладкой поверхностью, красного цвета. В течение 5-6 месяцев диаметр его увеличивается до 1-2 см, на поверхности появляется шелушение. Еще через 4-8 месяцев сформировавшийся узел изъязвляется. После отторжения кровянисто-гнойной корки обнажается неглубокая язва с неровными обрывистыми краями, розовато-красным слегка зернистым дном и скудным серозно-гнойным отделяемым. Язва окружена умеренно болезненным мягковатым валиком. В дальнейшем формируется рубец, окруженный зоной рубцовой атрофии.

*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».

Дифференциальный диагноз туберкулоидной формы лейшманиоза проводят с туберкулезной волчанкой, декальвирующим фолликулитом, бугорковым сифилидом и туберкулоидной формой лепры.

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. Местно применяют обкалывание мономицином, криодеструкцию, коллагеновую гелевую с антибиотиками. Подтверждена эффективность кетоконазола и итраконазола.

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

## **8. Вопросы по теме занятия.**

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

## **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

Правильный ответ: 1

2. ЧЕСОТКА ВЫЗЫВАЕТСЯ (УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6):

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

Правильный ответ: 3

3. ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕСОТКОЙ (УК-1, ПК-5, ПК-6):

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

Правильный ответ: 4

4. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЖАЛОБЫ У БОЛЬНЫХ ЧЕСОТКОЙ (УК-1, ПК-5, ПК-6):

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

Правильный ответ: 2

5. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЧЕСОТКИ (УК-1, 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

Правильный ответ: 5

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

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

5) полигональные папулы

Правильный ответ: 3

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

1) вторичная пиодермия

2) сепсис

3) рубцовая атрофия кожи

4) флегмоны

5) эритродермия

Правильный ответ: 1

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

1) на коже туловища, кистей рук

2) на волосистой части головы

3) на коже ладоней

4) в межлопаточной области

5) на коже лица

Правильный ответ: 1

9. ЗУД, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЧЕСОТКИ, ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ (УК-1, ПК-1, ПК-3, 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

Правильный ответ: 3

10. НОРВЕЖСКАЯ ЧЕСОТКА (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9):

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

Правильный ответ: 5

11. СИМПТОМ АРДИ НАБЛЮДАЕТСЯ НА (ПК-6)

1) локтях

2) гениталиях

3) кистях

4) животе

5) волосистой части головы

Правильный ответ: 1

## 12. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЧЕСОТОЧНЫХ ХОДОВ ИСПОЛЬЗУЮТ (ПК-6)

- 1) пробу Ядассона
- 2) масляную пробу
- 3) йодную пробу
- 4) фенолфталеиновую пробу
- 5) реакцию Манту

Правильный ответ: 3

## 10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

### 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, экскориациями, 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

### Ответ к задаче №1.

1. Распространенная чесотка, осложненная пиодермией.

2. Диагноз чесотки ставится на основании клинической картины, данных анамнеза, эпидемиологических данных и результатов лабораторного исследования.

Для выявления чесоточного клеща проводят микроскопическое исследование нативного препарата соскоба с кожи. Положительным считают результат при обнаружении в препаратах самки клеща, яиц, личинок, опустевших яйцевых оболочек или хотя бы одного из этих элементов.

3. С аллергическим дерматитом, пиодермией, крапивницей, флеботодермией, почесухой.

4. - Лечение больных, выявленных в одном очаге, должно проводиться одновременно во избежание повторного заражения

- Лечение назначают всем лицам, контактировавшим с больными (членам семьи, половым партнером и др.)

- Акарицидные препараты наносят на кожу в вечернее время, что связано с повышением активности возбудителя в вечернее и ночное время и поступлением скабицидов в кишечник при питании клеща.

- Лечение чесотки и ее осложнений проводят одновременно, так как при устранении этиологического фактора в большинстве случаев исчезают и осложнения.
  - Мытье больного дает хороший дополнительный эффект. Оно проводится перед началом и по окончании курса лечения. При необходимости больной может смывать препарат каждое утро, однако экспозиция его на коже должна составлять не менее 12 часов, включая ночной период.
  - Смену постельного белья проводят до лечения и по окончании курса терапии.
  - Постскабиозный зуд после проведения полноценной терапии расценивается как реакция организма на убитого клеща, обычно не требует повторного назначения препарата и быстро устраняется антигистаминными препаратами, глюкокортикостероидными или смягчающими мазями.
  - Длительно персистирующая постскабиозная лимфоплазия, как результат иммуноаллергической реакции организма, не требует дополнительной специфической терапии.
  - Одновременно с лечением проводят дезинфекцию одежды.
5. - Активное выявление больных
- Привлечение и обследование источников заражения и контактных лиц
  - Проведение профилактических и лечебных мероприятий в очагах.
  - Организация и проведение дезинфекции в очагах чесотки.

#### **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 больную не 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 валообразный 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.

#### **Ответ к задаче №2**

1. Лейшманиоз, городской тип (антропонозный кожный лейшманиоз).
  2. Лейшманиоз – вызванное простейшими заболевание с различными клиническими проявлениями, которые зависят и от вида лейшманий как инфицирующего агента, и от иммунного ответа хозяина.
  3. Возбудитель кожного лейшманиоза получил название *Leishmania tropica*.
- По морфологическим особенностям выделяют две разновидности лейшманий:

1. *Leishmania tropica* var. *major* – большие паразиты округлой, овальной формы и редко имеющие форму рисового зерна величиной 5,49\*3,92 мкм.

2. *Leishmania tropica* var. *minor* – малые паразиты преимущественно в форме рисового зерна, реже круглые или овальные величиной 3,92\*3,24 мкм.

П. В. Кожевников и Н. И. Латышев выделили 2 типа кожного лейшманиоза на основании клинических и эпидемиологических данных. Первый тип антропонозный, городской, вызывается *Leishmania tropica* var. *minor*, второй тип зоонозный, сельский, вызывается *Leishmania tropica* var. *major*.

4. Существование лейшманий связано со сменой «хозяев»: хранителя вируса («резервуара инфекции») и кровососущего переносчика, которым является комар. В городах основным «хранителем вируса» является больной человек. Роль собачьего лейшманиоза и других предполагаемых резервуаров инфекции остается пока неясной. Резервуаром вируса сельского лейшманиоза является большая песчанка и тонкопалый суслик. Сельский кожный лейшманиоз является зоонозом – заболеванием животных. Попутно заболевает человек, попавший в этот природный очаг трансмиссивной болезни.

Заболеваемость зоонозным лейшманиозом в эндемических зонах (в Средней Азии и на Кавказе) начинается в июне и заканчивается в ноябре, когда прекращается лет комаров. Строго постоянная сезонная заболеваемость отсутствует при антропонозном лейшманиозе, так как основным источником заражения является больной человек.

Комары заражаются лейшманиями при кровососании пораженных участков кожи больных грызунов или человека. В кишечнике комара лейшмании-амастиготы превращаются в жгутиковые формы лептомонады-промастиготы.

Воротами инфекции является кожа в месте укуса комара. Здесь происходят размножение и накопление лейшманий.

5. - грибковые инфекции (споротрихоз, бластомикоз)

- бактериальные инфекции (лепра, туберкулез кожи)

- трепонематозы (фрамбезия, пинта)

- пиодермии (импетиго, эктима, фурункулез)

- вирусные дерматозы

- опухоли (лимфома кожи, кератоакантома, базальноклеточная карцинома)

### **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.

### **Ответ к задаче №3**

1. Педикулез волосистой части головы, осложненный пиодермией



2. Заболевание вызывают облигатные паразиты человека – вши. Вши – плоские бескрылые насекомые. Для каждого специфического участка тела характерен свой вид вшей.

3. С себорейным дерматитом, чесоткой, импетиго и микозами волосистой части головы; укусами блох, клопов

4. Заражение педикулезом волосистой части головы происходит обычно через головные уборы, щетки для волос, наушники, а также возможно заражение при прямом контакте.

5. Показаны пиретрины, природные и синтетические инсектициды.

Перметрин (5% жидкость) на ночь под шапочкой для душа. Возможно бритье головы.

В период лечения полезно расчесывать волосы специфическим гребнем против гнид.

Обработка волос раствором из 50% уксуса и 50% воды, который наносят на волосы и удаляют через 15 минут, (помогает отклеить яйца гнид). Лечение повторить через 3-5 дней.

#### **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 гиперемизированным воспалительным венчиком.

У матери также отмечают 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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Распространенная чесотка, осложненная пиодермией.

2. Локализация сыпи на не типичных участках кожи (лицо, волосистая часть головы, ладони и подошвы), поражение ногтевых пластинок, частое осложнение пиодермией и дерматитом, наличие пемфигоидных элементов сыпи

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

Горчакова - наличие там же кровянистых корочек.

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

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

4. Псевдосаркоптозом называют заболевание, возникающее у человека при заражении антропонозными клещами от животных (собаки, свиньи, лошади, верблюды, олени,

овцы, козы, кролики, лисицы и др). Собаки являются наиболее частыми источниками инвазии, особенно у детей. Описаны даже небольшие эпидемии псевдосаркоптоза. Для заболевания характерен короткий инкубационный период (несколько часов), отсутствие чесоточных ходов, т.к. клещи не размножаются на несвойственном хозяине. Клещи наносят укусы, вызывая сильный зуд. Высыпания представлены пруригинозными папулами, папуловезикулами преимущественно на открытых участках кожного покрова. От человека к человеку заболевание не передается. При устранении источника может наступить самоизлечение.

5. - Втирание мази в кожу ребенка проводит мать или другое ухаживающее за ним лицо.

- Обязательно втирать препарат во все участки кожного покрова, даже в случае ограниченного поражения, исключая кожу в области лица и волосистой части головы.

- Во избежание попадания препарата в глаза при прикасании к ним руками, маленьким детям надевают распашонку (рубашку) с защитными рукавами или варежки (рукавички); можно наносить препарат во время сна ребенка.

#### **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, эксфолиации.

**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.

#### **Ответ к задаче №5**

1. Демодикоз у ребенка со сниженным иммунитетом.
2. Заболевание вызывают условно-патогенные клещи *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*, обитающие в волосяных фолликулах. Этих клещей нередко обнаруживают у здоровых взрослых людей, но их никогда не выявляли у новорожденных и очень редко — у детей. *Demodex spp.* выявляют в соскобе с кожи или при биопсии кожи у 10-13% взрослых здоровых людей. Клещ обитает в сально-волосяных фолликулах. Особенно велика концентрация клещей в коже носогубных складок, носа, век, то есть на участках кожи, богатых сальными железами. Этим можно объяснить тот факт, что клещ редко выявляют у детей, кожа которых характеризуется низкой продукцией кожного сала.
3. Сниженный иммунитет послужил предрасполагающим фактором в развитии заболевания. Иммунодефицит, обусловленный химиотерапией, злокачественными новообразованиями и ВИЧ-инфекцией, способствует развитию демодикоза,

4. Дифференциальный диагноз при демодемозе проводят с дермагофитией, кандидозом, лекарственной токсидермией, импетиго, фолликулитом, обыкновенными угрями, розовыми угрями и околоротовым дерматитом.

5. Перметрин (5% крем) на ночь. Эффективность перметрина подтверждает диагноз. Кроме того, применяют метронидазол (крем), линдан (лосьон) и эритромицин внутрь.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Провести осмотр больного
2. Выявление чесоточных ходов
3. Обнаружение чесоточного клеща и *Demodex folliculorum*
4. Провести противопаразитарную обработку больного
5. Заполнить медицинскую документацию (историю болезни, извещение в санэпидстанцию).

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

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

### 13. 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	Паразитарные дерматозы у взрослых и детей	А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017.		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ		

			2015		
6.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

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 №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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения).

**3. Значение 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.

### **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

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре, лаборатория диспансера.

**5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

**6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	60	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а)Ознакомиться со структурой кожновенерологического диспансера, его правами и обязанностями б)Ознакомиться с перечнем стандартов медицинской помощи дерматовенерологическим больным. в)Заслушивание рефератов.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или	90	Тесты по теме, ситуационные задачи

	устно)		
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## 7. Аннотация (краткое содержание 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. Хроматография как метод диагностики в настоящее время ограничивается несколькими микозами, как правило – кандидозом. Применение ПЦР в настоящее время также ограничено. Имеющиеся методики страдают от недостатка чувствительности (глубокие микозы, дерматофитии) или специфичности (контаминация условно-патогенными грибами). Вместе с тем генодиагностика представляется наиболее перспективным методом диагностики микозов, в ближайшее время способным заменить классические микробиологические методы.

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. Варианты этиологии определяют эпидемиологические характеристики в соответствующих мероприятиях, а также особенности лабораторной диагностики, Разумным и практически приемлемым компромиссом является использование классификации МКБ с уточнением, при необходимости этиологии возбудителя или его эквивалента. Например: *tinea corporis* В 35-4, вызванном *Tr. Rubrum* (син. Руброфития гл. к.) Или: дерматофития в/ч головы (В 35-0 фавус/ микроспория/ трихофития).

Микозы кожи и слизистых оболочек

1. Дерматофитии поражают кожу и ее придатки.

Код МКБ-10: В35

#### Классификация дерматофитий по МКБ-10

Код	Нозология	Синоним/эквивалент
В35	Дерматофития	<i>Tinea</i> (общее латинское название)
В35.0	Микоз головы и бороды	<i>Tinea capitis et barbae</i> , трихофития и микроспория волосистой части головы, области бороды и усов
В35.1	Микоз ногтей	<i>Tinea unguium</i> , дерматофитный онихомикоз
В35.2	Микоз кистей	<i>Tinea manuum</i> , руброфития ладоней
В35.3	Микоз стоп	<i>Tinea pedis</i> , эпидермофития и руброфития стоп (подошвы и межпальцевых складок)

V35. 4	Микоз туловища	<i>Tinea corporis s. circinata s. cutis glabrae</i> , дерматофития гладкой кожи (в т.ч. лица, тыла кистей и стоп)
V35. 5	Черепитчатый микоз	<i>Tinea imbricata</i> , токело
V35. 6	Микоз паховый	<i>Tinea cruris</i> , паховая руброфития и пидермофития
V35. 8	Другие дерматофитии	Включает глубокие варианты дерматофитий
V35. 9	Дерматофития неуточненная	Дерматофития без указания локализации/этиологии

### 1.1. Дерматофитии волосистой части головы и области бороды

#### 1.1.1. Микроспория волосистой части головы

#### 1.1.2. Трихофития волосистой части головы

#### 1.1.3. Фавус (парша)

#### 1.1.4. Инфильтративно-нагноительная форма дерматофитии

#### 1.1.5. Дерматофитии области бороды и усов

### 1.2. Дерматофитии ногтей и онихомикозы

#### 1.2.1. Дистальная форма онихомикоза

#### 1.2.2. Поверхностная форма онихомикоза.

#### 1.2.3. Проксимальная форма онихомикоза

### 1.3. Дерматофитии кистей

### 1.4. Дерматофитии стоп

#### 1.4.1. Сквamousная форма.

#### 1.4.2. Межпальцевая форма

#### 1.4.3. Дисгидротическая форма

#### 1.4.4. Острая форма

### 1.5. Дерматофитии гладкой кожи

### 1.6. Черепитчатый микоз (токело)

### 1.7. Паховая дерматофития

## 2. Малассезиозы кожи (*Malassezia* – инфекции)

Код МКБ-10: V36.1

### 2.1. Разноцветный лишай

### 2.2. *Malassezia*-фолликулит

### 2.3. Неонатальный пустулез (*Malassezia* – пустулез или *acne neonatorum*)

По мнению некоторых авторов, к малассезиозам относятся себорейный дерматит и некоторые формы хронических дерматозов.

## 3. Кандидоз кожи и слизистых оболочек

Код МКБ-10: V37.0, V.37.2-4

В системе МКБ-10 поверхностные формы кандидоза помещены в раздел В37 (кандидоз). Сюда входят кандидоз полости рта (кандидный стоматит В37.0), кандидоз кожи и ногтей (В37.2), вульвовагинальный кандидоз (В37.3) и кандидоз «других урогенитальных локализаций» (В37.4).

### 3.1. Кандидоз полости рта и глотки

- 3.1.1. Острая псевдомембранозная форма
- 3.1.2. Хроническая псевдомембранозная форма
- 3.1.3. Острая атрофическая форма
- 3.1.4. Хроническая атрофическая форма
- 3.1.5. Срединный ромбовидный глоссит
- 3.1.6. Хроническая гиперпластическая форма
- 3.1.7. Хроническая гранулематозная форма
- 3.1.8. Эрозивно-язвенная форма
- 3.1.9. Кандидоз углов рта
- 3.1.10. Кандидный хейлит
- 3.1.11. Кандидоз глотки и миндалин

3.2. Вагинальный кандидоз (занимает 2 место среди всех инфекций влагалища; во время беременности встречается в 40-46% случаев, является причиной осложнений гестационного периода).

### 3.3. Кандидоз кожи

- 3.3.1. Кандидоз крупных складок кожи
- 3.3.2. Кандидоз межпальцевых складок
- 3.3.3. Кандидоз кожи вне складок
- 3.3.4. Кандидный баланит и баланопостит
- 3.3.5. Кожные аллергические реакции, ассоциируемые с кандидозом
- 3.3.6. Кандидный фолликулит
- 3.4. Кандидоз ногтей и паронихия
- 3.4.1. Кандидная паронихия
- 3.4.2. Кандидный онихомикоз
- 3.5. Хронический кандидоз кожи и слизистых оболочек

### 4. Редкие поверхностные микозы

Код МКБ-10: В36

В классификации МКБ-10 *tinea nigra* имеет код В36.1 («черный лишай»), белая пьедра В36.2, черная пьедра – В36.3. Плесневые поверхностные микозы кожи или стоп кодируются как В36.8 (уточненные) или В36.9 (неуточненные).

- 4.1. Белая пьедра
- 4.2. Черная пьедра
- 4.3. *Tinea nigra*
- 4.4. Плесневые онихомикозы

5. Подкожные микозы – поражают дерму и более глубокие мягкие ткани а иногда и костную ткань. Эти инфекции объединяет механизм инфицирования – т. н. травматическая имплантация возбудителя. Все эти инфекции не контагиозны.

### 5.1. Споротрихоз

Код МКБ-10: В42

### Классификация споротрихоза по МКБ-10

Ко	Нозология	Клинические формы
В4	Споротрихоз	
В4	Легочный споротрихоз	Первично-легочная форма
В4 2.1	Кожно-лимфатический споротрихоз	Кожно-лимфатическая форма
В4 2.7	Диссеминированный споротрихоз	Все формы диссеминированной инфекции, включая диссеминацию в легкие и кожу
В4 2.8	Другие виды споротрихоза	Локализованная кожная форма, споротрихоз слизистых оболочек и др.
В4 2.9	Споротрихоз неуточненный	Споротрихоз без точного указания формы или локализации

5.1.1. Кожно-лимфатическая форма

5.1.2. Локализованная кожная форма

5.1.3. Диссеминированная форма.

5.2. Хромомикоз

Код МКБ-10: В43.0

В классификации МКБ-10 хромомикоз помещен в раздел В43 вместе с феогифомикозом. Собственно хромомикозу отведены подразделы В43.0 (кожный хромомикоз), В43.8 (другие виды хромомикоза) и В43.9 (хромомикоз неуточненный). Однако, по мнению А. Ю. Сергеева и Ю. В. Сергеева (2003), единственной рубрикой, действительно соответствующей диагнозу хромомикоза, является В43.0.

5.3. Эумицетома.

Код МКБ-10: В47

В классификации МКБ-10 мицетома помещена в раздел В47, включающий как эумицетому («истинная мицетома», В47.0), так и актиномицетому (В47.1). Особо выделена «мицетома неуточненная» (В47.9).

5.4. Феогифомикоз – группа инфекционных заболеваний кожи и подкожных тканей, вызываемых несколькими темноокрашенными плесневыми грибами.

Код МКБ-10: В43.2

В классификации МКБ-10 подкожный феогифомикоз помещен в раздел В43 вместе с хромомикозом под рубрикой В43.2 «феогифомикотические абсцесс и киста».

5.5. Энтомофторамикозы – группа редких инфекционных заболеваний слизистых оболочек и подкожных тканей, вызываемых грибами – зигомицетами из порядка Entomophthorales.

Код МКБ-10: В46.8

В классификации МКБ-10 конидиоблез и базидиоблез помещены в общий раздел В46.8 («другие зигомикозы») группы зигомикозов (В46), вместе с мукозом. Таким образом, отдельных нозологических единиц для каждой инфекции не предусмотрено.

5.6. Риноспоридиоз

Код МКБ-10: В48.1

В классификации МКБ-10 риноспоридиоз отнесен к разделу В48.1, в числе «микозов, неклассифицированных в других разделах» (В48).

5.7. Болезнь Лобо - редкое инфекционное заболевание кожи и подкожных тканей, вызываемых грибом *Lacazia loboi* .

В классификации МКБ-10 болезнь Лобо отнесена к разделу В48.0 («лобомикоз»), в числе «микозов, не классифицированных в других разделах» (В48).

6. Оппортунистические глубокие микозы - группа инфекций, вызванных условно-патогенными грибами, развивающихся на фоне тяжелого иммунодефицита и приводящих к поражению висцеральных органов и глубоко лежащих тканей. Часть оппортунистических микозов являются СПИД – ассоциированными: криптококкоз, некоторые формы кандидоза и аспергиллеза.

6.1. Глубокий кандидоз

Код МКБ-10: В37

#### Глубокие формы кандидоза в МКБ-10

Ко	Нозология	Клинические формы
В3	Кандидоз	
В3 7.1	Легочный кандидоз	Все формы инвазивного кандидоза легких
В3	Кандидный менингит	Кандидоз ЦНС (диссеминированный)
В3	Кандидный эндокардит	Кандидный эндокардит
В3	Кандидная септицемия	Кандидная септицемия
В3 7.8	Кандидоз других локализаций	Локализованный кандидоз ЖКТ, мочевой системы или диссеминация разных локализаций
В3 7.9	Кандидоз неуточненный	Кандидоз без точного указания формы или локализации

6.1.1. Кандидоз пищевода

6.1.2. Кандидоз желудка

6.1.3. Кандидоз кишечника

6.1.4. Кандидоз желчевыводящих путей

6.1.5. Кандидоз почек и мочевыводящих путей

6.1.6. Кандидоз бронхов и легких

6.1.7. Диссеминированный кандидоз

6.1.7.1. Кандидемия.

6.1.7.2. Кандидная септицемия

6.1.7.3. Диссеминированный кандидоз

6.1.7.4. Диссеминированный кандидоз кожи

6.1.7.5. Кандидный эндофтальмит

6.1.7.6. Кандидный миозит

6.1.7.7. Кандидные флебиты

6.1.7.8. Другие проявления диссеминированного кандидоза

6.1.7.9. Кандидный менингит и прочие поражения нервной системы

6.1.7.10. Кандидные кардиты

6.1.7.11. Кандидные остеомиелиты и артриты

6.1.7.12. Хронический диссеминированный кандидоз.

6.2. Аспергиллез

Код МКБ-10: В44

### Классификация аспергиллеза по МКБ-10

Код	Нозология	Клинические формы
B44	Аспергиллез	
B44.0	Инвазивный легочный аспергиллез	Все формы инвазивного аспергиллеза легких
B44.1	Другие формы легочного аспергиллеза	Аспергиллема легких и АБЛА
B44.2	Тонзиллярный аспергиллез	Поражение придаточных пазух носа
B44.7	Диссеминированный аспергиллез	Все формы диссеминированного аспергиллеза
B44.8	Другие виды аспергиллеза	Первичный инвазивный аспергиллез
B44.9	Аспергиллез неуточненный	Аспергиллез без точного указания формы или локализации

#### 6.2.1. Аспергиллез легких

6.2.1.1. Бронхолегочная колонизация

6.2.1.2. Обструктивный аспергиллез бронхов

6.2.1.3. Аспергиллема легкого

6.2.1.4. Хронический некротизирующий аспергиллез

6.2.1.5. Язвенный трахеобронхит

6.2.1.6. Острый инвазивный аспергиллез легких

#### 6.2.2. Аспергиллез придаточных пазух носа

6.2.2.1. Аспергиллема придаточных пазух

6.2.2.2. Хронический инвазивный аспергиллез придаточных пазух

6.2.2.3. Острый инвазивный аспергиллез придаточных пазух

#### 6.2.3. Диссеминированный аспергиллез

6.2.3.1. Аспергиллез центральной нервной системы

6.2.3.2. Аспергиллез желудочно-кишечного тракта

6.2.3.3. Аспергиллез кожи.

6.2.3.4. Аспергиллез кожи первичный

6.2.3.5. Аспергиллез костей и суставов

6.2.3.6. Аспергиллез сердечно-сосудистой системы

6.2.3.7. Аспергиллез печени и селезенки

6.2.3.8. Аспергиллез почек и мочеполовой системы

6.2.3.9. Аспергиллез наружного слухового прохода

6.2.3.10. Аспергиллез органа зрения

6.2.3.11. Аспергиллез при СПИД

#### 6.3. Мукороз

Код МКБ-10: B46 (зигомикоз)

### Классификация мукороза по МКБ-10

Код	Нозология	Клинические формы
B46	Зигомикоз	
B46.0	Легочный мукороз	Все формы инвазивного мукороза легких

V46.1	Риноцеребральный мукороз	Риноцеребральная форма, инвазивный синусит
V46.2	Гастроинтестинальный мукороз	Гастроинтестинальная форма
V46.3	Кожный мукороз	Первичный мукороз кожи
V46.4	Диссеминированный мукороз	Все формы диссеминированного мукороза
V46.5	Мукороз неуточненный	Мукороз без точного указания формы или локализации
V46.8	Другие зигомикозы	Энтомофторамикозы
V46.9	Зигомикоз неуточненный	Мукороз или энтомофторамикозы без точного указания формы или локализации

6.3.1. Риноцеребральный мукороз

6.3.2. Мукороз легких

6.3.3. Гастроинтестинальный мукороз

6.3.4. Диссеминированный мукороз

6.3.5. Мукороз кожи

6.4. Криптококкоз – не является строго оппортунистическим микозом, и иногда может встречаться у лиц без повреждений иммунной системы или тяжелых предрасполагающих заболеваний.

Код МКБ-10: В39

#### Классификация криптококкоза по МКБ-10

Код	Нозология	Клинические формы
V45	Криптококкоз	
V45.0	Легочный криптококкоз	Все формы первичного криптококкоза легких
V45.1	Церебральный криптококкоз	Диссеминированный криптококкоз с поражением ЦНС
V45.2	Криптококкоз кожи	Диссеминированный криптококкоз с поражением кожи
V45.3	Криптококкоз костей	Диссеминированный криптококкоз с поражением костей
V45.7	Диссеминированный криптококкоз	Другие формы диссеминированного криптококкоза
V45.8	Другие виды криптококкоза	Первичный криптококкоз кожи
V45.9	Криптококкоз неуточненный	Криптококкоз без точного указания формы или локализации

6.4.1. Криптококкоз легких

6.4.1.1. Криптококкоз легких при СПИД

6.4.2. Диссеминированный криптококкоз

- 6.4.2.1. Криптококкоз центральной нервной системы
- 6.4.2.2. Криптококкоз центральной нервной системы при СПИД
- 6.4.2.3. Криптококкоз кожи
- 6.4.3. Другие формы диссеминированного криптококкоза
- 6.4.3.1. Криптококкоз костей
- 6.4.3.2. Криптококкоз предстательной железы
- 6.4.3.3. Криптококкоз органа зрения
- 6.4.3.4. Первичный криптококкоз кожи

7. Эндемические глубокие микозы – группа инфекций, обусловленных диморфными грибами, обитающими в почве определенных географических областей, и отличающихся респираторным механизмом заражения. Большинство случаев проявляется как острая пневмония, а у лиц с сохранным иммунитетом имеет abortивное течение. Прогрессирование с тяжелым исходом наступает на фоне иммунодефицита, в частности, при СПИД.

#### 7.1. Гистоплазмоз

Код МКБ-10: В39

#### Классификация гистоплазмоза по МКБ-10

Код	Нозология	Клинические формы
В39	Гистоплазмоз	
В39.0	Острая легочная инфекция, обусловленная <i>Histoplasma</i>	Первичная легочная форма
В39.1	Хроническая легочная инфекция, обусловленная <i>Histoplasma capsulatum</i>	Хроническая легочная форма Медиастинальная форма?
В39.2	Легочный гистоплазмоз неуточненный	Гистоплазмоз легких без точного указания клинической формы, или неманифестного течения
В39.3	Диссеминированный гистоплазмоз	Диссеминированный гистоплазмоз с поражением кожи или внутренних органов
В39.4	Гистоплазмоз, обусловленный <i>Histoplasma capsulatum</i> var. <i>capsulatum</i>	Американский гистоплазмоз без точного указания формы или локализации
В39.5	Инфекция, вызванная <i>Histoplasma capsulatum</i> var. <i>duboisii</i>	Любые формы африканского гистоплазмоза
В39.9	Гистоплазмоз неуточненный	Гистоплазмоз без точного указания этиологии, формы или локализации

- 7.1.1. Острая легочная форма гистоплазмоза
- 7.1.2. Хроническая легочная форма
- 7.1.3. Медиастинальная форма
- 7.1.4. Диссеминированный гистоплазмоз



7.1.5. Первичный гистоплазмоз кожи

7.2. Бластомикоз

Код МКБ-10: В40

#### Классификация бластомикоза по МКБ-10

Код	Нозология	Клинические формы
В40	Бластомикоз	
В40.0	Острый легочный бластомикоз	Первичная легочная форма
В40.1	Хронический легочный бластомикоз	Хроническая легочная форма
В40.2	Легочный бластомикоз неуточненный	Абортивная легочная форма без внелегочной диссеминации
В40.3	Кожный бластомикоз	Диссеминированный бластомикоз с поражением кожи
В40.7	Диссеминированный бластомикоз	Диссеминированный бластомикоз с поражением других органов, в том числе легких
В40.8	Другие виды бластомикоза	Первичная кожная форма бластомикоза (без диссеминации)
В40.9	Бластомикоз неуточненный	Бластомикоз без точного указания формы или локализации

7.2.1. Острая легочная форма

7.2.2. Хроническая легочная форма

7.2.3. Бластомикоз кожи

7.2.3.1. Хроническая кожная форма

7.2.3.2. Первичный кожный бластомикоз.

7.2.4. Бластомикоз костей и суставов

7.2.5. Бластомикоз мочевыводящих путей и половых органов

7.2.6. Диссеминированный бластомикоз других локализаций

7.3. Паракокцидиоидоз

Код МКБ-10: В41

#### Классификация паракокцидиоидоза по МКБ-10

Код	Нозология	Клинические формы
В41	Паракокцидиоидоз	
В41.0	Легочный паракокцидиоидоз	Острая и хроническая легочные формы
В41.7	Диссеминированный паракокцидиоидоз	Диссеминированный паракокцидиоидоз с поражением других органов, в том числе легких
В41.8	Другие виды паракокцидиоидоза	Первичная кожная форма паракокцидиоидоза (без диссеминации)

B41.9	Паракокцидиоз неуточненный	Паракокцидиоз без точного указания формы или локализации
-------	----------------------------	----------------------------------------------------------

7.3.1. Острая легочная форма

7.3.2. Подострый паракокцидиоз

7.3.3. Хроническая легочная форма

7.3.4. Диссеминированный паракокцидиоз

7.3.4.1. Паракокцидиоз слизистых оболочек

7.3.4.2. Паракокцидиоз кожи.

7.3.4.3. Паракокцидиоз лимфатических узлов

7.3.4.4. Паракокцидиоз висцеральных органов

7.4. Кокцидиоз.

Код МКБ-10: B38

#### Классификация кокцидиоза по МКБ-10

Код	Нозология	Клинические формы
B38	Кокцидиоз	
B38.0	Острый легочный кокцидиоз	Острая легочная форма, включая диффузную пневмонию
B38.1	Хронический легочный кокцидиоз	Хроническая легочная форма
B38.2	Легочный кокцидиоз неуточненный	Остаточные явления после острой легочной формы
B38.3	Кожный кокцидиоз	Диссеминированная форма с поражением кожи
B38.4	Кокцидиодный менингит	Диссеминированная форма с поражением оболочек мозга
B38.7	Диссеминированный кокцидиоз	Диссеминированная форма с поражением других органов, в том числе легких (милиарный кокцидиоз легких)
B38.8	Другие виды кокцидиоза	Первичный кокцидиоз кожи
B38.9	Кокцидиоз неуточненный	Кокцидиоз без точного указания формы или локализации

7.4.1. Острая легочная форма

7.4.1.1. Диффузная (эпидемическая) острая легочная форма

7.4.2. Хроническая легочная форма

7.4.2.1. Персистирующая пневмония

7.4.2.2. Прогрессирующая пневмония

7.4.3. Диссеминированный кокцидиоз

7.4.3.1. Диссеминированный кокцидиоз кожи

7.4.3.2. Диссеминированный кокцидиоз костей и суставов

7.4.3.3. Диссеминированный кокцидиоз головного мозга

7.4.3.4. Диссеминированный кокцидиоз на фоне иммунодефицита

7.5. Эндемический пенициллез.

Код МКБ-10: В48.4

В классификации МКБ-10 пенициллез может рассматриваться как в разделе В48.4 (пенициллез), так и В20 (ВИЧ-ассоциированные инфекции), а именно В20.5 – «болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других микозов». Клинические формы пенициллеза не выделяются.

7.5.1. Легочная форма.

7.5.2. Диссеминированная форма

### **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Этиология дерматомикозов

2. Патогенез грибковых заболеваний кожи

3. Особенности современной классификации микозов по МКБ 10

### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

Правильный ответ: 3

2. ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИКОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-5):

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

Правильный ответ: 3

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

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

Правильный ответ: 1

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

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

Правильный ответ:4

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

Правильный ответ:1

6. ВОЗБУДИТЕЛЕМ РУБРОМИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5):

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

Правильный ответ:3

7. ПОДМЫШЕЧНЫЙ ТРИХОМИКОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ (ПК-5):

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

Правильный ответ:2

8. МИКРОСПОРИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПОРАЖАЕТ (ПК-1, ПК-2, 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

Правильный ответ:1

9. ТРИХОФИТИЯ ОТНОСИТСЯ (ПК-5):

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

Правильный ответ:1

#### **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

##### **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.

#### **Ответ к задаче №1**

1. Микоз стоп, интертригинозно-дисгидротическая форма клинически.
2. -Микроскопическое исследование патологического материала: чешуек кожи стоп.  
-Культуральное исследование.
3. Дифференциальная диагностика с дисгидротической экземой, псориазом, пустулезным бактериодом Эндрюса, кератодермией, паховой эпидермофитией, красной волчанкой.

#### 4. Общее лечение:

При острых воспалительных явлениях (кальция глюконат 10% раствор, в/в или в/м по 5—10 мл 1 р/сут в течение 10—15 дней, кальция пантотенат по 0,5 г 3 р/сут, натрия тиосульфат, 30% раствор, внутривенно 5 мл 1 р/сут в течение 10 дней, супрастин внутрь по 0,025 г 2-3 р/сут в течение 10-15 дней, диазолин внутрь по 0,1 г).

#### Местное лечение:

На первом этапе терапии (борная кислота, 2% раствор, местно 2—3 р/сут в течение 1—2 дней, бриллиантовый зеленый, 1 % водный раствор, местно 1—2 р/сут в течение 1-2 дней, калия перманганата, раствор 1: 6000, резорцин, 0,5% раствор, местно 1-2 р/сут в течение 1-2 дней, фукокорцин, раствор, местно 1—2 р/сут в течение 2—3 дней, затем - переходят на пасты и мази: 2-5% борно-нафталановая паста, местно 2 р/сут в течение 5—7 дней, 5% паста АСД, местно 2 р/сут в течение 5-7 дней, мази, содержащие противогрибковые ЛС и глюкокортикоидные ЛС: микозолон (миконазол + мазипредон) 2 р/сут в течение 7—10 дней, травокорт (изоконазол нитрат + дифлукортолон валерат) 2 р/сут в течение 7—10 дней).

При присоединении бактериальной флоры (калия перманганата, раствор 1: 6000, ванночки 2-3 р/сут в течение 1—2 дней, препараты, содержащие антибиотики, кортикостероиды и противогрибковые средства: пимафуорт (натамицин + неомицин + гидрокортизон) 2 р/сут в течение 3—5 дней, тридерм (бетаметазон дипропионат + гентацимин сульфат + клотримазол) 2 р/сут в течение 3—5 дней).

5. -первичная профилактика: выполнение гигиенических правил по уходу за кожей стоп (профилактика микротравм, потертостей, устранение гипергидроза или сухости кожи, плоскостопия и др.).

- вторичная профилактика: дезобработка обуви, перчаток, белья и предметов обихода.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №2**

1. Паховая эпидермофития.
2. -Микроскопическое исследование патологического материала  
-Культуральное исследование.
3. С эритразмой, микотической экземой, кандидомикозом, герпетиформным дерматитом, псориазом складок, себорейным дерматитом, стрептококковой опрелостью.
4. Местная терапия:
  - 1) Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан)
  - 2) 3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%.
  - 3) Анилиновые красители (1-2% бриллиантовый зеленый, метиленовый синий, эозин, фуксин).
1. -соблюдение мер личной гигиены  
-дезинфекция нательного и постельного белья

#### **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.

### Ответ к задаче №3

1. Поверхностный кандидоз крупных складок. Кандидозный стоматит.

2. Грибы рода *Candida* относятся к условно патогенным микроорганизмам. Они широко распространены во внешней среде, вегетируют в почве лугов, садов, огородов, на коре фруктовых деревьев, на плодах, овощах, особенно, на свежих фруктах, на предметах домашнего обихода. В качестве сапрофитов они обитают на кожных покровах, слизистых человека; их выделяют из экскрементов (мочи, мокроты, кала) и ногтей. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* - одноклеточные растительные микроорганизмы округлой или овальной формы, от 2 до 5 мкм, не имеют истинного мицелия, а образуют псевдомицелий, нити которого лишены общей оболочки и перегородок. Клетки *C. albicans* имеют шестислойную стенку, цитоплазму с розетками гликогена и большим количеством рибосом, а также содержат крупное ядро и митохондрии. Дрожжеподобные грибы отпочковываются бластофорами. Они длительно персистируют внутри эпидермальных клеток. Размножаются в клетках, окружены плотной микрокапсулой, защищающей от лекарств, поэтому лечение их часто не эффективно. В полости рта они локализуются в поверхностных клетках. Грибы рода *Candida* - аэробы. Для питания они хорошо усваивают сахар, с большим тропизмом к тканям, богатым гликогеном. Кандидоз очень выражен при сахарном диабете с большой склонностью к резистентности к лечению. Патогенные клетки *Candida* прикрепляются к клеткам эпителия слизистых, внедряются в них, паразитируют в их цитоплазме и ядрах, разрушая клетку хозяина, стимулируют выработку в организме человека различных антител. При определенных экзогенных условиях (травмы, повышенная влажность), эндогенных причинах (иммунодефицитное состояние, детский и пожилой возраст, нарушение обмена веществ, сахарный диабет, эндокринные заболевания, гиповитаминозы, тяжелые инфекции, беременность, длительный прием кортикостероидов, антибиотиков) грибы *Candida* приобретают патогенные свойства. При этом бластофоры грибов интенсивно начинают размножаться, формируя нитчатые формы (псевдомицелия). Паразитируя в цитоплазме и ядрах, разрушая клетки хозяина, они стимулируют выработку в организме человека различных антител. Кандидоз - чаще аутоинфекция, с множеством очагов и хроническим рецидивирующим течением.

3. -Микроскопическое исследование патологического материала  
-Культуральное исследование.

4. Общее лечение:

Противогрибковые препараты (нистатин, леворин, дифлюкан, микогептин)

Местное лечение:

Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан)

3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%.

Водные и спиртовые анилиновые красители.

5. Rp.: Ung.Nystatini 15,0

D.S.Смазывать очаги 3 раза в день

Rp.: Ac.boricі

Naphthalani aa 0,5

Aethacridini lactatis 1,5

Pastae Zinci 15,0

M.D.S. Наносить на очаги 2 раза в день

Rp.: Ung.Clotrimasoli 1% 20,0

D.S.Смазывать очаги поражения 3 раза в день

Rp.: Ung. «Mycospor» 25,0

D.S.Смазывать кожу 2 раза в день

Rp.: Cremoris «Lamisil» 30,0

D.S.Наносить на очаги поражения 2 раза в день тонким слоем, слегка втирая

Rp.: Ung. «Exoderil» 15,0

D.S.Смазывать очаги 1 раз в день

Rp.: Ung. «Triderm» 30,0

D.S.Смазывать участки поражения 2 раза в день

#### **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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Поверхностный кандидоз крупных складок.
2. - Микроскопическое исследование патологического материала  
- Культуральное исследование.
3. С эритразмой, псориазом складок, себорейным дерматитом, стрептококковой опрелостью.



4. Диета с резким ограничением сладостей, богатая белками, витаминами В2, В6, С, РР. Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан, крем залаин) 3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%.

Водные и спиртовые анилиновые красители.

В случае стойкости процесса - внутрь Diflucan 50 мг в течение 1 недели ежедневно.

5. Rp.: Ung.Nystatini 15,0

D.S.Смазывать очаги 3 раза в день

Rp.: Ac.borici

Naphthalani aa 0,5

Aethacridini lactatis 1,5

Pastae Zinci 15,0

M.D.S. Наносить на очаги 2 раза в день

Rp.: Ung.Clotrimasoli 1% 20,0

D.S.Смазывать очаги поражения 3 раза в день

Rp.: Ung. «Travocort» 30,0

D.S.Смазывать кожу 2 раза в день

Rp.: Cremoris «Lamisil» 30,0

D.S.Наносить на очаги поражения 2 раза в день тонким слоем, слегка втирая

Rp.: Ung. «Exoderil» 15,0

D.S.Смазывать очаги 1 раз в день

Rp.: Ung. «Triderm» 30,0

D.S.Смазывать участки поражения 2 раза в день

#### **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.

## Ответ к задаче №5

1. Кандидозный стоматит, кандидозная заеда.
2. микроскопическое исследование налета с полости рта.  
проведение серологических реакций: РПГА (реакция пассивной гемагглютинации), ИФА (иммунный ферментный анализ), определение IgE против *C. albicans*;  
посев материала со слизистой полости рта.
3. Со стрептококковой, сифилитической, микотической заедами, эрозивной формой красного плоского лишая, афтозным стоматитом, вторичными сифилидами.
4. Местное лечение:

Полоскания содовые, с раствором шалфея, ромашки.

На язык, слизистую рта водный 5% тетраборат натрия (бура) в глицерине. Облепиховое масло на очаги поражения.

Водные и спиртовые анилиновые красители.

В случае стойкости процесса - внутрь Diflucan 50 мг в течение 1 недели ежедневно.

5. Rp.: Ung.Nystatini 15,0

D.S. Смазывать очаги 3 раза в день

Rp: Liquoris Castellani 50,0

D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день.

Rp: Fucorcini 25,0

D.S. Смазывать очаги 1 раз в день.

## 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Определить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи.
2. Владеть методами пальпации кожи, проведения поскабливания и диаскопии элементов сыпи.
3. Проводить микроскопическое исследование при микозах
4. Проводить культуральную диагностику при микозах
5. Составить алгоритм обследования больного.

## 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Классификация дерматофитов.
2. Патогенез микозов.
3. Классификация микозов.

## 13. 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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		

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 №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 учебного процесса:** клиническоепрактическое занятие.

Методы обучения: активные(объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения).

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

### **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 дерматомикозов.
- знать:**
- клинические проявления и патогенез микроспории, трихофитии, микоза стоп и кистей, микоза, обусловленного красным трихофитомом, 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

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

**5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

**6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия**(540 мин.- 12 академических часов).

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г) интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов

6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

**7.Аннотация**(краткое содержание 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 грибок *Pityrosporum orbiculare (seu Malassezia furfur)*. Заразительность заболевания весьма незначительная.

**Патогенез.** Возникновению заболевания способствует изменение физико-химических свойств водно-липидной мантии кожи и кератина рогового слоя, которое может быть обусловлено усиленным потоотделением, себореей, а также некоторыми эндокринными расстройствами. Заболевание встречается во всех географических зонах, но чаще в регионах с жарким климатом и повышенной влажностью.

**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. У отдельных больных разноцветный лишай может проявляться депигментированными или бледно-коричневатыми пятнами. За счет периферического роста пятна увеличиваются в размерах и сливаются, образуя крупные очаги поражения с фестончатыми очертаниями. При легком поскрабливании поверхность очагов начинает шелушиться, причем мелкие чешуйки напоминают отруби (второе название заболевания – отрубевидный лишай). Субъективные ощущения чаще отсутствуют, лишь иногда наблюдается небольшой зуд. Течение заболевания хроническое, характерны рецидивы.



Летом под действием солнечных лучей высыпания на гладкой коже регрессируют, оставляя после себя отчетливо выделяющиеся очаги депигментации, так называемой постпаразитарной лейкодермы. В очагах поражения грибок-возбудитель вызывает депигментацию кожи, выделяя вещества, тормозящие образование меланина. У лиц с иммуносупрессивными состояниями различного генеза отмечаются распространенность процесса и склонность к рецидивам.

**Диагностика.** Диагноз устанавливают на основании характерной клинической картины и данных лабораторных исследований. При микроскопическом исследовании чешуек с очагов поражения, предварительно обработанных 30% КОН, обнаруживается весьма характерная морфология возбудителя (короткий, широкий, изогнутый, септированный мицелий и одиночные или расположенные группами крупные споры). При равномерном смазывании участков кожи 5% раствором йода разрыхленный роговой слой на очагах поражения более интенсивно воспринимает краситель, в результате чего они окрашиваются в более темный цвет. В лучах люминесцентной лампы очаги поражения светятся золотисто-желтым цветом.

**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.** Необходимо устранить факторы, способствующие возникновению заболевания. Для терапии рекомендуют наружные фунгицидные препараты, иногда в сочетании с кератолитическими средствами. Применяют азольные соединения (клотримазол, кетоконазол и др.) в форме шампуня, крема или раствора. Форма шампуня наиболее предпочтительна. В процессе лечения следует обрабатывать противогрибковыми препаратами не только гладкую кожу, но и волосистую часть головы, как место преимущественной колонизации возбудителя отрубевидного лишая. При распространенности процесса, склонности к рецидивам, резистентности к наружной терапии, непереносимости наружных средств и у лиц с иммуносупрессивными состояниями рекомендуется общая терапия с применением одного из азольных препаратов.

## 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

*Microsporiumferrugineum*, реже встречается *Microsporiumaudouinii*. В последние годы участились случаи поражения человека *Microsporiumgypseum* – почвенным сапрофитом, относящимся к геофильной группе. Он поражает кожу и волосы, прежде всего у лиц, имеющих отношение к обработке почвы.

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. Большое количество обломанных волос на одном уровне придает очагам вид подстриженных (поверхность очага напоминает «скошенный луг»). Корневая часть пораженных волос окружена серого цвета чехликом из спор. Если извлечь такой волос, то он имеет вид «закрытого зонтика». Кожа в пределах очагов покрыта мелкими асбестовидными чешуйками, которые маскируют небольшую ее гиперемия. При микроспории, вызванной *M. canis*, имеется несколько крупных округлых очагов с четкими контурами. В окружности крупных старых очагов бывают мелкие отсевы (диаметром около 1-2 см). Микроспория гладкой кожи характеризуется появлением розовых пятен круглой или овальной формы 0,5–2-3 см в диаметре. В периферической зоне пятен имеются пузырьки, быстро подсыхающие в корочки. Центральная часть пятен покрыта чешуйками. Вследствие центробежного роста очагов (при одновременном разрешении их в центре) отдельные элементы приобретают кольцевидную форму. Наряду со старыми очагами возникают новые. Ногтевые пластинки поражаются при микроспории крайне редко.

Диагностика (см. лабораторную диагностику микозов).

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.

Выделяют две основные группы: *endothrix* (эндотрикс) – грибы, поражающие внутреннюю часть волоса, и *ectothrix* (эктотрикс) – вегетирующие преимущественно в наружных слоях волоса. Все трихофитоны эндотриксы – антропофилы, передающиеся только от человека к человеку и вызывающие поверхностные поражения кожи. Эктотриксы – зооантропофилы, паразитирующие преимущественно на животных, но способные поражать также и человека. По сравнению с грибами группы эндотрикс, они вызывают у человека более выраженную воспалительную реакцию кожи с нагноением. По клиническим проявлениям трихофитию принято разделять на три формы: поверхностную, хроническую и инфильтративно-нагноительную.

Поверхностная форма трихофитии чаще вызывается *Trichophytonviolaceum* и *Trichophyton tonsurans*. В большинстве случаев поражение происходит в дошкольном и школьном возрасте в результате прямого контакта с больными детьми в детских учреждениях, а также в семье от взрослых, страдающих хронической формой трихофитии. Передача заболевания может осуществляться и косвенно – через предметы

и вещи, бывшие в соприкосновении с больными. Различают поверхностную трихофитию волосистой части головы и гладкой кожи.

Клиническая картина. При поражении волосистой части головы первым, заметным для окружающих признаком являются очаги прорежения волос в результате их обламывания. Очаги круглой или овальной формы, один из них более крупный (материнский очаг). В пределах очагов волосы обламывается низко (2-3 мм), на разных уровнях, но не все. Пораженные волосы утолщены, изменен их цвет (серые, тусклые). В очагах обнаруживают длинные, внешне не измененные волосы. В устьях некоторых волосяных фолликулов видны низко обломанные волосы темно-серого цвета (так называемые «пеньки», или «черные точки»). Чаше они локализируются в височной и затылочной областях. Границы очагов нечеткие. Поверхность очага покрыта рыхлыми отрубевидными чешуйками, которые скрывают гиперемию кожи. Субъективные ощущения обычно отсутствуют или наблюдается легкий зуд. Без лечения очаги постепенно увеличиваются в размерах и могут занять обширные участки.

При поверхностной трихофитии гладкой кожи обнаруживают эритемо-сквамозные очаги, локализирующиеся чаще всего на открытых участках кожного покрова.

Ногтевые пластинки при поверхностной трихофитии поражаются редко.

Без лечения трихофития у некоторых детей может продолжаться годами. Заболевание, как правило, спонтанно излечивается лишь при наступлении полового созревания. У части больных, по преимуществу женщин, не излеченная трихофития проявляется уже иначе, переходя в хроническую форму. В ее патогенезе существенную роль играют нарушения вегетативной и нервной систем, эндокринные расстройства. При хронической трихофитии на волосистой коже головы, чаще в затылочной и височных областях, можно обнаружить единичные обломанные в устьях волосяных фолликулов волосы в виде черных точек («черноточечная» трихофития), мелкие круглые атрофические рубчики (диаметром 1-2 мм) и незначительное мелкопластинчатое шелушение. Эти скудные, с трудом выявляемые изменения субъективно не беспокоят.

На гладкой коже очаги поражения обычно располагаются на местах, подвергающихся трению (на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, на ягодицах, голенях, реже на туловище), где определяются нечетко отграниченные эритемато-сквамозные очаги со слабо выраженной эритемой и мелкопластинчатым шелушением.

Одновременно можно обнаружить третий характерный признак хронической трихофитии – поражение ногтевых пластинок кистей и стоп (онихомикоз).

Хроническая форма трихофитии часто имеет ограниченные клинические проявления, которые трудно выявляются. Поэтому заболевание длится долгие годы, редко диагностируется и играет большую роль в распространении инфекции, прежде всего среди детей.

Дифференциальная диагностика. Микроспорию и поверхностную трихофитию гладкой кожи необходимо дифференцировать от розового лишая, себорейного дерматита, псориаза, экзематида, дискоидной и диссеминированной красной волчанки.

Значительно отличается от описанных форм редко встречающаяся ифилтративно-нагноительная трихофития.

Этиология. Инфилтративно-нагноительную трихофитию вызывают зоофильные грибы:  
*Trichophyton mentagrophytes* (гипсовидный трихофитон)  
и *Trichophyton verrucosum* (бородавчатый трихофитон).

Клиническая картина. При инфильтративно-нагноительной трихофитии на волосистой части головы, а у мужчин также в области роста бороды и усов появляются один-два резко ограниченных воспалительных узла, выступающих над поверхностью кожи и болезненных при пальпации. Вначале они имеют плотную консистенцию, а затем размягчаются. Поверхность их покрыта толстыми гнойно-кровянистыми корками. Волосы, пронизывающие корки, кажутся неизменными, но при потягивании легко извлекаются. Местами, больше по периферии очагов, видны фолликулярно расположенные пустулы. После удаления корок вместе с волосами, обнажается полушаровидная воспаленная поверхность с множеством расширенных устьев волосных фолликулов, из которых при сдавливании очага выделяется каплями гной. Эта форма, известная с древних времен по имени описавшего ее римского врача Цельса, называется *kerionCelsi* («*kenon*» – по-гречески – «медовые соты»). На высоте развития микоз сопровождается увеличением регионарных подкожных лимфатических узлов и нарушением общего состояния. Через 2-3 месяца без лечения микотический процесс стихает, инфильтрат рассасывается, формируются рубцовая алопеция и специфический иммунитет. Аналогичные изменения развиваются при поражении области роста бороды и усов. В этой локализации данную форму трихофитии называют **паразитарным сикозом**.

Менее выражены импетигнизация и инфильтрация на гладкой коже, где обнаруживаются одна-две инфильтрированные бляшки, также четко отграниченные от здоровой кожи и состоящие из множества слившихся фолликулитов в разных стадиях развития. На поверхности всего инфильтрата наблюдается мелкопластинчатое шелушение с островками серозно-гнойных корочек. Величина очагов от 2-3 до 5-7 см в диаметре.

Диагностика(см. лабораторную диагностику микозов).

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

Лечение микроспории и трихофитии.Общая противогрибковая терапия при микроспории и трихофитии назначается в тех случаях, когда:

- имеются распространенные очаги на гладкой коже (с поражением пушковых волос);
- выявлено поражение волосистой части головы и ногтей пластинок;
- диагностирована инфильтративно-нагноительная трихофития;
- оказалась неэффективной наружная терапия;
- обнаружена индивидуальная непереносимость применявшихся наружно фунгицидов.

К противогрибковым препаратам общего действия при микроспории и трихофитии относятся гризеофульвин, тербинафин, итраконазол, флуконазол и кетоконазол.

При хронической трихофитии помимо противогрибкового общего и наружного лечения важную роль играет индивидуальная патогенетическая терапия, направленная на устранение общих нарушений, на фоне которых развился микоз.

При инфильтративно-нагноительной трихофитии с аллергическими высыпаниями назначают общую противогрибковую и гипосенсибилизирующую терапию.

Наружная терапиямикроспории и трихофитии зависит от локализации очагов поражения, а также остроты воспалительной реакции.

При микроспории, поверхностной и хронической формах трихофитии волосистой части головы наружно назначают соответствующие группы препаратов в формах крема, мази, спрея.

Волосы в очаге поражения сбривают или состригают каждые 10-12 дней.

При инфильтративно-нагноительной трихофитии, после механической очистки очагов поражения от корок, гноя и эпиляции на них волос, назначают примочки с 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, 2-3% раствором борной кислоты. В дальнейшем, после регресса островоспалительных явлений, применяют кремы и мази с 1-2% азольными соединениями, нафтифином или 10-15% серно-дегтярную мазь до полного разрешения инфильтрата.

При локализации очагов поражения на гладкой коже при микроспории, поверхностной и хронической формах трихофитии показано назначение противогрибковых препаратов в форме крема. Можно чередовать аппликации крема со смазыванием очагов поражения 2-5% спиртовым раствором йода (через день или циклами по три дня).

При инфильтративно-нагноительной трихофитии гладкой кожи показана этапная наружная терапия. На первом этапе производят удаление корок и вскрытие пустул. В дальнейшем назначают влажно-высыхающие повязки с одним из дезинфицирующих растворов. По мере стихания острого воспаления можно переходить на гели, кремы, мази, содержащие деготь, серу, ихтиол (3-7%), или кремы и мази с современными антимикотиками. Лечение пораженных ногтевых пластинок аналогично онихомикозу стоп.

Профилактика. Противоэпидемические мероприятия при микроспории включают борьбу с бродячими кошками, ветеринарный надзор за домашними кошками и собаками. Учитывая возможность инфицирования детей друг от друга путем прямого контакта, а также через предметы (головные уборы, расчески, полотенца), следует проводить осмотры школьников не реже двух раз в год (до и после летних каникул). В детских домах и летних лагерях нужно регулярно осматривать детей, используя при этом люминесцентную лампу. Излеченными следует считать тех детей, у которых помимо исчезновения клинических проявлений микоза получены отрицательные результаты трехкратных микологических исследований, проведенных с интервалами в 10 дней.

Профилактические мероприятия при трихофитии включают: регулярные осмотры детей в детских учреждениях и лиц, обслуживающих эти коллективы; выявление источников заражения; изоляцию больных и их госпитализацию; дезинфекцию вещей, бывших в употреблении больного; диспансеризацию больных; наблюдение за парикмахерскими; ветеринарный надзор за животными; профилактические осмотры детей, поступающих в детские учреждения и возвращающихся с каникул; санитарно-просветительную работу. Лица, закончившие лечение хронической трихофитии, находятся под диспансерным наблюдением в течение 2 месяцев, и снимаются с учета при стойко отрицательных результатах микологических исследований.

## **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 заболевания вызывают дрожжеподобные грибы рода *Candida* паховый эпидермофитон (*Epidermophyton floccosum*). Заражение происходит чаще всего в банях, душевых, плавательных бассейнах, спортивных залах при недостаточном соблюдении санитарно-гигиенических правил их содержания, а также на пляжах при контакте кожи стоп с загрязненным чешуйками песком. Ношение обезличенной обуви без предварительной ее дезинфекции, использование общих полотенец также может привести к заражению. Возбудители крайне устойчивы во внешней среде; длительно сохраняют жизнеспособность на стельках обуви, носках, чулках, перчатках, на полотенцах, а также на предметах банного оборудования. Микоз стоп обычно рецидивирует весной и осенью и может приводить к временной потере трудоспособности.

Патогенез. Микоз стоп развивается в результате предрасполагающих экзогенных и эндогенных факторов, благоприятствующих внедрению гриба и развитию заболевания. К экзогенным факторам относят потертости, повышенную потливость стоп, которая усиливается при ношении носков из синтетических волокон, тесной, не по сезону теплой обуви, что приводит к мацерации рогового слоя на стопах. Эндогенные причины связаны с нарушением микроциркуляции в нижних конечностях, с эндокринной патологией, состоянием гиповитаминоза, иммуносупрессией врожденной или приобретенной.

В настоящее время микоз стоп, обусловленный красным трихофитом (*Trichophyton rubrum*), является самым распространенным грибковым заболеванием кожи у взрослых.

Клиническая картина. В зависимости от ответной воспалительной реакции и локализации поражений выделяют пять клинических форм микоза стоп: *стертую, интритригинозную, дисгидротическую, острую, сквамозно-гиперкератотическую*. Нередко у одного пациента можно обнаружить их сочетание. *Стертая* форма обычно проявляется слабым шелушением кожи в III–IV межпальцевых складках стоп и сопровождается незначительными воспалительными явлениями. Иногда в глубине пораженной межпальцевой складки можно обнаружить небольшую поверхностную трещину. Незначительное шелушение также может быть выражено в области подошв и боковых поверхностей стоп. *Интритригинозная* форма напоминает опрелость. В межпальцевых складках стоп, в местах трения соприкасающихся поверхностей пальцев возникает мацерация рогового слоя, маскирующая гиперемия пораженной кожи. Возможно также высыпание пузырьков. Это приводит к отслойке эпидермиса с образованием в межпальцевых складках эрозий и трещин. Над краями эрозий в виде воротничка нависает беловатого цвета набухший эпидермис. Поражение сопровождается выраженным зудом, иногда болью. Эта форма заболевания может осложняться пиогенной инфекцией: появляется отек и краснота кожи пальцев и тыла стопы, лимфангит, регионарный аденит. Гораздо реже эта форма микоза стоп осложняется рожистым воспалением и буллезной стрептодермией. *Дисгидротическая* форма характеризуется высыпанием на коже сводов и боковых поверхностей стоп

сгруппированных пузырьков. На своде стоп они просвечивают через более тонкий роговой слой, напоминая своим видом и величиной разваренные зерна риса или саго («саговые зерна»). Пузырьки возникают чаще на неизменной или слегка покрасневшей коже, увеличиваются в размерах, сливаются, образуя более крупные многокамерные полостные элементы. При присоединении вторичной инфекции содержимое пузырей приобретает гнойный характер. Высыпания сопровождаются чувством зуда и боли. После вскрытия пузырей образуются эрозии с обрывками покрышек эпидермиса по краям. Заболевание может сопровождаться везикулезными аллергическими высыпаниями, в основном на кистях (микиды), напоминающими экзематозные проявления. По мере стихания процесса прекращается высыпание свежих пузырьков, эрозии эпителизируются, и в очагах поражения остается легкое шелушение. Дисгидротическую форму микоза и сопровождающие ее микиды на ладонной поверхности следует отличать от дисгидротической экземы и аллергического дерматита, а также от истинного дисгидроза. *Острая* форма микоза стоп выделена О. Н. Подвысоцкой. Эта редкая форма микоза возникает в результате резкого обострения дисгидротической или интертригинозной разновидностей заболевания. Высокая степень сенсibilизации кожи к грибковым аллергенам возникает чаще всего при нерациональной терапии указанных форм микоза стоп. Чрезмерная фунгицидная терапия обуславливает резкое усиление воспалительных и экссудативных изменений в очагах микоза и вне их. К этому предрасполагают также повышенная потливость стоп, их длительная мацерация и потертости. В процессе закономерно принимает участие пиококковая флора, осложняющая микоз и вызывающая дополнительную сенсibilизацию. Острую форму микоза вызывает преимущественно межпальцевой трихофитон, обладающий выраженным аллергизирующим действием. Заболевание начинается остро с образования на коже стоп, а затем и голеней, большого количества пузырей и пузырьков на фоне отека и диффузной гиперемии. Вскоре возникают везикулезные и буллезные элементы на коже кистей и нижних третей предплечий. Эти высыпания носят симметричный характер. Элементы гриба в них не обнаруживают, так как они имеют инфекционно-аллергический генез. После вскрытия полостных элементов образуются эрозии, окруженные обрывками мацерированного рогового слоя. Эрозии местами сливаются, образуя обширные диффузно мокнущие поверхности часто с гнойным отделяемым. Заболевание сопровождается повышением температуры, нарушением общего состояния больного, резкими болями в пораженных стопах и кистях. Увеличиваются и становятся болезненными паховые и бедренные лимфоузлы. При постановке диагноза следует иметь в виду, что острую форму микоза стоп напоминают экзема стоп и кистей и буллезная разновидность многоформной эритемы. *Сквамозно-гиперкератотинеская* форма микоза стоп характеризуется очаговым или диффузным утолщением рогового слоя боковых и подошвенных поверхностей стоп. Пораженные участки кожи обычно имеют слабо выраженную воспалительную окраску и покрыты мелкими отрубевидными или муковилными чешуйками. Шелушение особенно хорошо заметно в кожных бороздах, что придает коже как бы припудренный вид. Часть больных жалуется на зуд в очагах поражения. Трещины вызывают боль при ходьбе. При этой форме микоза стоп, являющейся наиболее характерной для красного трихофитона, микиды обычно не возникают.

Клинические проявления микоза стоп, обусловленного межпальцевым трихофитом (*Trichophyton mentagrophytes, var. interdigitale*), мало отличаются от клиники микоза,

вызванного красным трихофитом. Этот микоз встречается реже, чем микоз, вызванный красным трихофитом. В то же время *T mentagrophytes (var. interdigitale)* обладает выраженным аллергизирующим действием, поэтому у больных чаще возникают интертригинозная, дисгидротическая и острая формы микоза стоп, сопровождающиеся вторичными высыпаниями (микидами). Ногтевые пластинки поражаются реже и в небольшом числе. Редко поражаются другие участки кожи. В этом случае клинические проявления не отличаются от поверхностной трихофитии гладкой кожи или ее поражения, вызванного красным трихофитом.

Диагностика (см. лабораторную диагностику микозов).

Лечение и профилактика. Рекомендуют наружную терапию средствами с Фунгицидной активностью и широким спектром действия – азола, аллил-амины, производные циклопирокса и аморолфина. При острых процессах, в случаях возникновения экзематозной реакции или присоединения вторичной инфекции используют примочки и влажно-высыхающие повязки с 2-3% раствором борной кислоты, 1-2% раствором резорцина, 0,05% – хлоргексидина биглюконата, а также анилиновые красители 0-2% бриллиантовый зеленый, метиленовый синий, эозин, фуксин. После уменьшения островоспалительных явлений назначается паста с противовоспалительными, фунгицидными и дезинфицирующими средствами (2-5% ихтиоловая, 5% дегтярная, 2-5% борно-нафталановая и др.) с последующим переходом на фунгицидный крем. В течение 2-3 дней может также использоваться комбинированный препарат, содержащий антимикотик и топический стероид, а также наружный антимикотик с противовоспалительной активностью (нафтифин). В дальнейшем назначают крем, содержащий антимикотик. Патогенетическая терапия должна включать сосудорасширяющие препараты и другие средства, улучшающие микроциркуляцию, физиотерапевтические процедуры, направленные на улучшение кровоснабжения нижних конечностей, а также коррекцию основного заболевания, на фоне которого развивается микоз стоп. Кроме того, врач должен помнить, что следует лечить часто сопутствующий микозу стоп онихомикоз. Задачей врача общей практики является обследование пациента и выявление фоновой патологии.

Следует также помнить, что эффективность терапии зависит во многом от тщательности проведения противогрибковой обработки обуви и других предметов обихода, а также борьбы с повышенной потливостью стоп и другими, предрасполагающими к микозу стоп факторами. Традиционно для дезинфекции обуви используют 10% раствор формалина, для усиления его дезинфицирующего действия рекомендуют добавлять 25% раствор хлорамина. Удобной является обработка обуви 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата, а также различными спреями для противогрибковой обработки обуви (спрей с миконазолом – Дактарин).

### **Микоз кистей**

Этиология. Наиболее частым возбудителем микоза кистей является красный трихофитон (*Trichophyton rubrum*), реже – межпальцевой трихофитон (*Trichophyton mentagrophytes, var. interdigitale*).

Патогенез. Существенную роль играет травма и нарушение микроциркуляции в области дистальных отделов верхних конечностей, а также эндокринные нарушения и иммуносупрессивные состояния.



Клиническая картина. Клинически поражение ладоней аналогично проявлениям сквамозно-гиперкератотической формы микоза стоп. Поражение может быть асимметричным. Характерны сухость кожи ладоней, утолщение рогового слоя (кератоз), мучнистое шелушение в утрированных кожных бороздах, кольцевидное шелушение. Очаги поражения могут наблюдаться и на тыле кистей в виде участков эритемы с синюшным оттенком с фестончатыми или овальными очертаниями. Края очагов прерывистые и состоят из узелков, пузырьков, корочек. Поражение ладоней может сочетаться с онихомикозом.

Дифференциальная диагностика. Микоз ладоней и подошв, вызванный красным трихофитом, необходимо дифференцировать от псориаза, хронической экземы и кератодермии.

Диагностика (см. лабораторную диагностику микозов).

Лечение аналогично терапии микоза стоп.

### **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*.

Изолированное инфицирование ногтевых пластинок грибами наблюдается редко. Обычно поражение ногтя происходит вторично при распространении гриба с пораженной кожи при микозе стоп, кистей, хронической трихофитии. Возможен также гематогенный занос гриба в ростковую зону ногтя при травме ногтевой фаланги, а также у пациентов с эндокринными заболеваниями и иммунодефицитным состоянием.

Патогенез. В патогенезе онихомикоза большое значение имеет нарушение кровообращения в конечностях, особенно нижних, обусловленное варикозным расширением вен, облитерирующим эндартериитом, симптомокомплексом Рейно, сердечной недостаточностью. Имеют значение функциональные и органические заболевания нервной системы, приводящие к нарушению трофики тканей, эндокринные заболевания, иммунодефицитное состояние, некоторые хронические кожные заболевания, для которых характерны расстройства рогообразования и дистрофии ногтевых пластинок. Из экзогенных причин важную роль играют травмы ногтевых пластинок и дистальных отделов конечностей: механические, химические (профессиональные и бытовые), а также отморожение и ознобление. Травма, в том числе при маникюре и педикюре, не только способствует внедрению гриба в ногтевую пластинку, но и часто провоцирует возникновение онихомикоза у лиц, ранее инфицированных грибами.

Клиническая картина. Клинически онихомикоз проявляется изменением цвета, поверхности и формы ногтевых пластинок. Ногтевой валик, как правило, не поражается. В 80% случаев в процесс вовлекаются ногтевые пластинки стоп и в 20% – ногтевые пластинки кистей. Обычно поражение начинается с I и V пальцев стоп. В настоящее время принята классификация онихомикоза, учитывающая не только клинические особенности пораженной ногтевой пластинки, но и варианты

проникновения в нее грибов. Различают дистальный, дистально-латеральный, белый поверхностный, проксимальный подногтевой и тотальный дистрофический онихомикоз. *Дистальный и дистально-латеральный подногтевой* онихомикоз является самой распространенной формой онихомикоза, в 85% случаев он обусловлен *красным трихофитомом*. При этой форме возбудитель обычно попадает в ноготь с пораженной кожи стоп. Ногтевая пластинка инфицируется со свободного края, обычно после поражения ногтевого ложа патологический процесс медленно распространяется по направлению к матриксу в виде занозы или желтого овального пятна. Эта форма может сопровождаться появлением подногтевого гиперкератоза. *Белый поверхностный* онихомикоз чаще всего вызывается *Trichophyton mentagrophytes* (примерно в 90% случаев), реже он связан с плесневыми грибами рода *Aspergillus*. При белом поверхностном онихомикозе в процесс вовлекаются, как правило, ногтевые пластинки первых пальцев. Эта клиническая форма характеризуется поверхностными очагами белого цвета на ногтевой пластинке. *Проксимальный подногтевой* онихомикоз, как и *белый поверхностный*, встречается редко. Он возникает в результате попадания возбудителя со стороны околоногтевого валика или окружающей кожи, либо, что бывает еще реже, развивается на фоне белого поверхностного онихомикоза. Для этой формы характерно начало заболевания с проксимальной части ногтевой пластинки и быстрое вовлечение матрикса ногтя. Клинически при проксимальном онихомикозе сначала возникают участки изменения цвета лунки ногтевой пластинки, после чего довольно быстро может появиться онихолизис (отделение ногтя от ногтевого ложа). *Тотальный дистрофический* онихомикоз развивается на фоне дистального или дистально-латерального, реже проксимального онихомикоза. Эта разновидность встречается при поражении дерматофитами и плесневыми грибами, а также дрожжевыми грибами рода *Candida*. Характерно вовлечение всей ногтевой пластинки, нередко с ее частичным или полным разрушением.

Диагностика (см. лабораторную диагностику микозов).

Дифференциальная диагностика. Сходные клинические проявления имеют пораженные ногти при псориазе, кератодермии, красном плоском лишае и ониходистрофиях.

Лечение и профилактика. При решении вопроса о назначении системной антимикотической терапии онихомикоза врач учитывает ряд признаков: объем вовлечения ногтевой пластинки (до 1/3 или более 1/3), локализацию очага поражения (дистально или проксимально), наличие онихомикоза на кистях и/или на стопах, количество пораженных ногтей, какие пальцы поражены, степень выраженности подногтевого гиперкератоза. Важно учитывать возраст и состояние пациента, наличие сопутствующей патологии, переносимость противогрибковых препаратов.

Для системной терапии онихомикоза используют один из современных противогрибковых препаратов: итраконазол, тербинафин и флуконазол.

Достоинствами этих средств является широта спектра действия, способность избирательно накапливаться и задерживаться в ногтевой пластинке, не попадая обратно в кровоток.

Параллельно с назначением противогрибковых препаратов общего и наружного действия необходима терапия, направленная на улучшение микроциркуляции в дистальных отделах конечностей.

Стойкость излечения онихомикоза зависит также от тщательности проведения противогрибковой обработки обуви и других предметов обихода. Для профилактики

рецидивов рекомендуют использовать специальные лаки с противогрибковыми средствами.

### **Микоз гладкой кожи**

**Этиология.** Наиболее частым возбудителем микоза гладкой кожи является красный трихофитон, реже – межпальцевой трихофитон.

**Патогенез.** Распространение микоза по гладкой коже происходит обычно в восходящем порядке со стоп. Его генерализации способствуют гормональные нарушения, приобретенное иммунодефицитное состояние, а также расстройства рогообразования, возникающие, в частности, при ихтиозе, кератодермии и гиповитаминозе А. Длительное лечение антибиотиками, глюкокортикоидными гормонами и цитостатическими препаратами приводит к трофическим нарушениям в коже и ее придатках и к снижению функциональной способности кожи, что также способствует диссеминации микоза. Накоплены данные, подтверждающие возможность гематогенного и лимфогенного путей распространения красного трихофитона. Это объясняет появление у больных этим микозом грибковых поражений на месте трения, ушиба, ожога.

**Клиническая картина.** Выделяют три основные формы микоза гладкой кожи: *эритемато-сквамозную*, *фолликулярно-узелковую* и *инфильтративно-нагноительную*, которые могут быть самостоятельными или сочетаться у одного и того же больного.

*Эритемато-сквамозная* форма микоза характеризуется появлением красных шелушащихся пятен круглой или овальной формы, которые имеют склонность к периферическому росту, сливаются и образуют очаги полициклических очертаний с отчетливым, вишнево-красного цвета прерывистым периферическим валиком, состоящим из фолликулярных папул и пустул. Кожа в пределах очагов слабо инфильтрирована, может приобретать буроватый оттенок, покрыта мелкими чешуйками. На этом фоне располагаются сгруппированные или единичные фолликулярные папулезные или папуло-пустулезные элементы застойно-красного цвета.

*Фолликулярно-узелковая* форма микоза отличается сгруппированными пустулезными и папуло-пустулезными высыпаниями, которые преобладают в пределах эритемато-сквамозных очагов. При этой форме микоза могут поражаться пушковые волосы, которые не обламываются и по внешнему виду мало отличаются от здоровых.

*Инфильтративно-нагноительная* форма микоза встречается довольно редко, в основном у детей на волосистой части головы. По клиническим проявлениям она весьма напоминает инфильтративно-нагноительную трихофитию, вызванную зооантропофильными трихофитонами. На месте очагов после их разрешения остается атрофия или отдельные рубчики.

**Дифференциальная диагностика.** В атипичных случаях микоз необходимо дифференцировать от псориаза, себорейного дерматита, экземы, ограниченного нейродермита, красной волчанки, лимфомы кожи и др.

**Диагностика** (см. лабораторную диагностику микозов).

**Лечение.** Основными этиологическими средствами являются системные антимикотики в сочетании с наружной противогрибковой терапией. Патогенетическая терапия сводится к коррекции выявленных нарушений со стороны эндокринной сферы, назначению средств, способствующих улучшению микроциркуляции в сосудах нижних конечностей.

## Микоз крупных складок

Под МИКОЗОМскладок понимают поражение кожи складок и прилегающих к ним участков, вызываемое красным трихофитомом и паховым эпидермофитиозом, редко другими трихофитами. Поражаются паховобедренные и межъягодичная складки, кожа под молочными железами, складки живота и др.

Патогенез. Микоз крупных складок чаще всего развивается в результате предрасполагающих экзогенных факторов, благоприятствующих внедрению и распространению гриба. *Основными* экзогенными факторами являются мацерация и трение, возникающие у тучных пациентов и при ношении тесной, синтетической, не по сезону теплой одежды, предрасполагающей к повышенной потливости. Эндогенные факторы для развития поражения складок такие же, как и для распространенного микоза гладкой кожи. Микоз складок чаще всего развивается при наличии очага грибковой инфекции на коже стоп. При микозе стоп патогенный грибок может попадать в кожу паховых складок экзогенно, реже – лимфогенно или гематогенно. Заболевание обычно рецидивирует весной или осенью, оно широко распространено в странах с влажным, жарким климатом.

Клиническая картина. Микоз паховых складок, вызванный красным трихофитомом, характеризуется полиморфными высыпаниями на коже, зудом разной интенсивности и хроническим течением. Заболевание проявляется красными шелушащимися очагами круглой или овальной формы, со склонностью к периферическому росту, слиянию, полициклическими очертаниями и отечным, вишнево-красного цвета прерывистым валиком, состоящим из фолликулярных папул, отдельных пустул и везикул. Кожа в пределах паховой складки слабо инфильтрирована, в ее глубине возможны мацерация и поверхностные трещины. Со временем очаг в средней части приобретает буроватый оттенок и постепенно выходит за пределы складки. Проявления болезни бывают и двухсторонними, однако обычно располагаются в складках и на бедрах асимметрично. Аналогичные клинические проявления возникают в паховобедренных складках при паховой эпидермофитии. Этот микоз преимущественно поражает кожу паховых складок, редко ногтевые пластинки, и характеризуется хроническим рецидивирующим течением. Заражение происходит при контакте с больным человеком, а также через предметы туалета, которыми пользовался больной (мочалки, судно, белье).

Дифференциальная диагностика. Микоз крупных складок дифференцируют от эритразмы, псориаза складок, себорейного дерматита, стрептококковой и кандидозной опрелости (интертриго).

Диагностика (см. лабораторную диагностику микозов).

Лечение. Назначают, как правило, наружную противогрибковую терапию. В острой стадии заболевания целесообразно применять примочки и влажно-высыхающие повязки с водными растворами борной кислоты (1-2%), резорцина (1-2%), хлоргексидина биглюконата (0,05%), комбинированные препараты, содержащие противогрибковые и глюкокортикоидные средства, на 1-3 дня. В дальнейшем рекомендуют фунгицидные препараты в форме геля и крема. В редких случаях, при особой резистентности к проводимой терапии и склонности к рецидивам, рекомендуется общая противогрибковая терапия по схемам терапии микоза гладкой кожи. Необходима коррекция выявленной эндокринной патологии и избыточной массы тела.

Для профилактики рецидивов необходимо одновременное лечение микоза стоп, обработка кожи в области бывших очагов 2% раствором йода или 2% салициловым спиртом. Немаловажное значение имеет дезинфекция белья, мочалок, клеенок и т. п., в особенности при паховой эпидермофитии.

### **Микоз, вызванный красным трихофитом**

Микоз, вызванный красным трихофитом, характеризуется хроническим течением, восходящим, начиная со стопы, распространением по кожному покрову (см. микоз стоп, кистей, гладкой кожи и крупных складок, онихомироз), множественным поражением ногтевых пластинок (чаще на ногах, реже на руках). В пределах очагов поражаются пушковые волосы.

### **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.).

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* – это условно-патогенные, бесспорные диморфные грибы, являющиеся факультативными анаэробами. Они размножаются многополярным почкованием. При инвазии тканей грибами рода *Candida* они часто трансформируются в тонкие нитчатые формы, образуя псевдомицелий (в результате незавершенного почкования вытянутых дрожжевых клеток). Грибы рода *Candida* обнаруживают в воздухе, почве, на овощах, фруктах, кондитерских изделиях. Они являются представителями нормальной микрофлоры кишечника, слизистой оболочки рта, наружных гениталий и зон, прилегающих к естественным отверстиям, которые связаны с естественными резервуарами грибов рода *Candida*. Так, носительство грибов рода *Candida* на слизистой оболочке рта имеет место примерно у 50% клинически здоровых лиц. На остальных участках кожи и в бронхиальном тракте у здоровых лиц они высеваются редко и в малом количестве. Другие представители нормальной микрофлоры находятся с грибами рода *Candida* в конкурентных взаимоотношениях.

Патогенез. Колонизация дрожжеподобными грибами рода *Candida* слизистой оболочки и кожи, как и манифестный кандидоз, является проявлением ослабления защиты «хозяина». Давно известно, что наиболее подвержены этому заболеванию, обусловленному условно-патогенным дрожжеподобным грибом, очень молодые (младенцы), очень старые или очень больные люди. Кандидоз, прежде всего, является «болезнью больных». К эндогенным факторам, предрасполагающим к этому микозу, относятся эндокринные заболевания, тяжелые общие заболевания и др. В настоящее время наиболее часто способствует развитию кандидоза применение антибиотиков с широким спектром антибактериального действия, глюкокортикостероидов, цитостатиков, а также гормональная контрацепция. Способствуют развитию кандидоза и экзогенные факторы: повышенная температура и избыточная влажность, приводящие к мацерации кожи, микротравмы, повреждение кожи химическими веществами и др.

Инфицирование обычно происходит в родовых путях, вместе с этим доказана возможность также трансплацентарного пути заражения (врожденный кандидоз). Возникновение кандидоза у взрослых чаще всего происходит в результате аутогенного

суперинфицирования, хотя может иметь место и экзогенное суперинфицирование (генитальная, перигенитальная области).

Дисбактериоз и нарушение защитной системы поверхности слизистой оболочки и кожи облегчают прикрепление (адгезию) гриба к эпителиоцитам и проникновение его через эпителиальный барьер.

**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, кандидозмалых 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.

Наиболее частой клинической формой острого кандидозного стоматита является «молочница»,или псевдомембранозный кандидоз. Он часто возникает у новорожденных в первые 2-3 недели жизни и у взрослых с перечисленными выше предрасполагающими факторами. Очаги поражения обычно располагаются на слизистой оболочке щек, неба, десен. В этих участках появляются белесовато-кремовые крошковатые налеты. Иногда они напоминают свернувшееся молоко и могут сливаться на значительном протяжении в сплошные беловатые блестящие участки. Под ними часто можно обнаружить гиперемизированную, реже эрозированную, поверхность. При длительно существующем кандидозном стоматите налет приобретает коричнево-бурый иликремовый цвет и более прочно удерживается на пораженной слизистой оболочке.

У больных с поражением слизистой оболочки рта микоз часто распространяется на углы рта – развивается кандидоз углов рта (дрожжевая заеда).Она может также возникать изолированно и обычно протекает длительно. В углах рта появляются ограниченные эрозии – трещины на слегка инфильтрированном основании, окруженные бахромкой слабо приподнятого побелевшего эпидермиса. Появлению дрожжевой заеды способствует мацерация углов рта, возникающая при неправильном прикусе. Клинические проявления кандидоза и стрептодермии углов рта сходны.

Кандидозный хейлит(воспаление красной каймы губ). При нем отмечается умеренный отек и синюшность красной каймы губ, тонкие сероватые пластинчатые чешуйки с

приподнятыми краями, истончение кожи губ, радиарные бороздки, трещины. Субъективно беспокоит сухость, небольшое жжение, иногда болезненность. При макрохейлите губы значительно утолщаются, на их поверхности возникают толстые корки и кровоточащие трещины. Сходные клинические проявления бывают при atopическом хейлите и стрептококковом поражении красной каймы губ.

Кандидозный вульвовагинит характеризуется образованием на гиперемизированной слизистой оболочке вульвы и влагалища беловатого налета (как при молочнице). Появляются характерные крошковатые белые выделения. Больных беспокоит мучительный зуд и жжение. Поражение отличается большим упорством и склонностью к рецидивам. Дрожжевой вульвовагинит обычно развивается при упорном лечении антибактериальными антибиотиками, у больных с декомпенсированным сахарным диабетом и беременных, при «скрытых» инфекциях, а также при длительном применении гормональных контрацептивов. Возможна передача заболевания от жены мужу, у которого развивается дрожжевой баланопостит. Редко встречается кандидозный уретрит.

Кандидозный баланопостит чаще возникает на фоне ожирения, декомпенсации сахарного диабета, у мужчин с хроническим гонорейным и негонорейным уретритами и у лиц с узкой крайней плотью. На головке и внутреннем листке крайней плоти на фоне гиперемии появляются многочисленные мелкие пустулы, трансформирующиеся в эрозии разной величины с беловатыми налетами. Эти проявления сопровождаются зудом и жжением. При отсутствии адекватной терапии они могут привести к воспалительному фимозу, возникает опасность присоединения кандидозного уретрита.

Кандидоз больших складок (кожи под молочными железами, подкрыльцовых впадин, паховобедренных складок, межъягодичной складки и складок живота) развивается обычно у тучных, у лиц, страдающих сахарным диабетом и получающих глюкокортикостероидные гормоны. Кандидоз мелких складок (кожи межпальцевых складок стоп и кистей); на кистях, чаще между III–IV пальцами, в результате длительной мацерации возникает межпальцевая дрожжевая эрозия. В крупных и мелких складках на гиперемизированной коже появляются тонкостенные, часто сливающиеся пустулы. В дальнейшем образуются эрозии темно-вишневого цвета с блестящей, «лаковой» поверхностью. Края эрозий полициклические, с бахромкой отслаивающегося белого эпидермиса, приподнятого по периферии в виде «воротничка». Вокруг очага встречаются мелкие пустулы (пустулы-сателлиты) и эрозии. Характерен выраженный зуд и жжение. Дифференцирование заболевания со стрептококковой опрелостью часто бывает затруднительным.

**Кандидозная паронихия** (поражение околоногтевого валика) и онихия (онихомикоз) – наиболее частые формы кандидоза. В отличие от онихомикоза, обусловленного нитчатými грибами, при кандидозной онихии обычно имеет место первоначальное поражение ногтевого валика – возникновение воспалительной кандидозной паронихии. В дальнейшем исчезает эпонихий и гиперемизированный ногтевой валик нависает над ногтем. При надавливании на отечный ногтевой валик из-под него может появиться гнойное отделяемое. Постепенно поражение распространяется на ногтевую пластинку, изменение которой всегда начинается в проксимальных отделах. Из-под заднего валика отрастает деформированный ноготь с измененным цветом. Он утолщается, становится тусклым, грязно-серого цвета, появляются поперечные бороздки, иногда точечные вдавления. Таким образом, наиболее характерным для кандидоза ногтей

является сочетание с паронихиями, что позволяет легко отличить поражение от онихомикоза, обусловленного нитчатыми грибами. Клинический диагноз необходимо подтвердить микроскопическим и культуральным исследованиями.

**Диагностика.** Наличие у больных в очагах поражения дрожжеподобных грибов определяют с помощью микроскопических и культуральных исследований. Однако необходимо помнить, что однократное нахождение единичных дрожжевых клеток в исследуемом препарате или получение при посевах единичных колоний гриба рода *Candida* является доказательством кандидозной природы заболевания.

**Лечение.** Для назначения больному рационального лечения необходимо учитывать клиническую форму кандидоза, его распространенность и выявленные предрасполагающие факторы (общие и местные). При поверхностном кандидозе слизистой оболочки рта, гениталий и перигенитальной области следует выяснить степень обсемененности дрожжами рода *Candida* желудочно-кишечного тракта. При массивной колонизации желудочно-кишечного тракта грибами рода *Candida* целесообразно назначение препаратов для подавления их роста (натамицина, леворина, нистатина и др.).

При локальных поражениях кожи и слизистых оболочек обычно ограничиваются применением наружно противокандидозных препаратов в рациональных формах. При остром кандидозном вульвовагините быстрый терапевтический эффект оказывают примочки и спринцевания 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата или 0,01% раствором мирамистина. Противогрибковые производные азола (изоконазол, эконазол и др.) и полиеновые антибиотики (натамицин) также применяют наружно в соответствующих формах: свечах, вагинальных шариках, вагинальных таблетках и креме со специальным аппликатором.

При поражении кожных складок наружную терапию проводят в зависимости от выраженности воспалительных явлений. Вначале назначают примочки (0,05% раствор хлоргексидина биглюконата или 0,01% раствор мирамистина), а затем смазывание очагов 1-2% водным или спиртовым раствором анилинового красителя или 1-2% другим противокандидозным препаратом в форме пасты, геля или гидрофильного крема.

Общую противокандидозную терапию больных поверхностным кандидозом кожи и слизистых оболочек назначают при распространенном поражении складок, гладкой кожи, слизистых оболочек, ногтей и околоногтевых валиков кистей и стоп, при рецидивировании очагов поражения, а также при кандидозе, возникшем на фоне лечения антибактериальными антибиотиками, глюкокортикоидными и цитостатическими препаратами, декомпенсированного сахарного диабета, онкологического заболевания, болезни крови, ВИЧ-инфекции и др. Рекомендуют азольные производные, которые хорошо всасываются из кишечника в системный кровоток. Известные противогрибковые антибиотики полиенового ряда (нистатин, натамицин, леворин) практически нерастворимы в воде, поэтому плохо всасываются из кишечника.

При рецидивирующем кандидозном вульвовагините или баланопостите кроме выявления способствующих факторов (сахарный диабет, патологически протекающая беременность, ожирение, гормональная контрацепция, «скрытая» инфекция и др.) назначают противогрибковый препарат.



Больным с хроническим течением орофарингеального кандидоза рекомендуют флюконазол по 50-100 мг один раз в сутки в течение 1-2 недель; итраконазол по 100 мг в сутки в течение 2 недель; кетоконазол по 200 мг в сутки в течение 2-3 недель.

Профилактика. Важно предупреждение кандидоза у лиц, имеющих сочетание нескольких предрасполагающих факторов: иммунодефицитное состояние, болезнь крови, новообразование, состояние после тяжелых операций, а также после массивного лечения антибиотиками, глюкокортикоидными гормонами, цитостатиками, получивших ионизирующее облучение. Важное значение придается лечению дисбактериоза кишечника, выявлению и лечению кандидоза у беременных, лечению лиц с генитальным кандидозом и их половых партнеров и др.

#### **8. Вопросы по теме занятия.**

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

#### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

Правильный ответ: 3

2. ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИКОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-5):

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

Правильный ответ: 3

4. 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) (+) симптом Пospelова

Правильный ответ: 3

5. К КЕРАТОМИКОЗАМ ОТНОСИТСЯ (ПК-5):

- 1) микоз стоп
- 2) фавус

- 3) отрубевидный лишай
- 4) микроспория
- 5) бластомикоз

Правильный ответ:3

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

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

Правильный ответ:1

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

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

Правильный ответ:5

8. 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

Правильный ответ:1

9. К КЕРАТОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ (ПК-5):

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

Правильный ответ:4

10. 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

Правильный ответ:4

11. 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

Правильный ответ: 1

12. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗА КОЖИ (ПК-5):

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

Правильный ответ: 2

## 10. Ситуационные задачи по тематическим эталонами ответов.

### 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.

### Ответ к задаче №1

1. Микоз стоп, интертригинозно-дисгидротическая форма клинически.

1. -Микроскопическое исследование патологического материала: чешуек кожи стоп.  
-Культуральное исследование.

3. Дифференциальная диагностика с дисгидротической экземой, псориазом, пустулезным бактериодом Эндрюса, кератодермией, паховой эпидермофитией, красной волчанкой.

4. Общее лечение:

При острых воспалительных явлениях (кальция глюконат 10% раствор, в/в или в/м по 5—10 мл 1 р/сут в течение 10—15 дней, кальция пантотенат по 0,5 г 3 р/сут, натрия тиосульфат, 30% раствор, внутривенно 5 мл 1 р/сут в течение 10 дней, супрастин внутрь по 0,025 г 2-3 р/сут в течение 10-15 дней, диазолин внутрь по 0,1 г).

Местное лечение:

На первом этапе терапии (борная кислота, 2% раствор, местно 2—3 р/сут в течение 1—2 дней, бриллиантовый зеленый, 1 % водный раствор, местно 1—2 р/сут в течение 1-2 дней, калия перманганата, раствор 1: 6000, резорцин, 0,5% раствор, местно 1-2 р/сут в течение 1-2 дней, фукокорцин, раствор, местно 1—2 р/сут в течение 2—3 дней, затем - переходят на пасты и мази: 2-5% борно-нафталановая паста, местно 2 р/сут в течение 5—7 дней, 5% паста АСД, местно 2 р/сут в течение 5-7 дней, мази, содержащие противогрибковые ЛС и глюкокортикоидные ЛС: микозолон (миконазол + мазипредон) 2 р/сут в течение 7—10 дней, травокорт (изоконазол нитрат + дифлукортолон валерат) 2 р/сут в течение 7—10 дней).

При присоединении бактериальной флоры (калия перманганата, раствор 1: 6000, ванночки 2-3 р/сут в течение 1—2 дней, препараты, содержащие антибиотики, кортикостероиды и противогрибковые средства: пимафуорт (натамицин + неомицин + гидрокортизон) 2 р/сут в течение 3—5 дней, тридерм (бетаметазон дипропионат + гентацимин сульфат + клотримазол) 2 р/сут в течение 3—5 дней).

5.- первичная профилактика: выполнение гигиенических правил по уходу за кожей стоп (профилактика микротравм, потертостей, устранение гипергидроза или сухости кожи, плоскостопия и др.).

- вторичная профилактика: дезобработка обуви, перчаток, белья и предметов обихода.

### **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.

### **Ответ к задаче №2**

1. Паховая эпидермофития.
- 2.-Микроскопическое исследование патологического материала  
-Культуральное исследование.
3. С эритразмой, микотической экземой, кандидомикозом, герпетиформным дерматитом, псориазом складок, себорейным дерматитом, стрептококковой опрелостью.
4. Местная терапия:  
Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан)  
3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%.

Анилиновые красители (1-2% бриллиантовый зеленый, метиленовый синий, эозин, фуксин).

5.-соблюдение мер личной гигиены

-дезинфекция нательного и постельного белья

### **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.

### **Ответ к задаче №3**

1. Поверхностный кандидоз крупных складок. Кандидозный стоматит.
2. Грибы рода *Candida* относятся к условно патогенным микроорганизмам. Они широко распространены во внешней среде, вегетируют в почве лугов, садов, огородов, на коре фруктовых деревьев, на плодах, овощах, особенно, на свежих фруктах, на предметах домашнего обихода. В качестве сапрофитов они обитают на кожных покровах, слизистых человека; их выделяют из экскрементов (мочи, мокроты, кала) и ногтей. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* - одноклеточные растительные микроорганизмы округлой или овальной формы, от 2 до 5 мкм, не имеют истинного мицелия, а образуют псевдомицелий, нити которого лишены общей оболочки и перегородок. Клетки *C. albicans* имеют шестислойную стенку, цитоплазму с розетками гликогена и большим количеством рибосом, а также содержат крупное ядро и митохондрии. Дрожжеподобные грибы отпочковываются бластопопами. Они длительно персистируют внутри эпидермальных клеток. Размножаются в клетках, окружены плотной микрокапсулой, защищающей от лекарств, поэтому лечение их часто не эффективно. В полости рта они локализуются в поверхностных клетках. Грибы рода *Candida* - аэробы. Для питания они хорошо усваивают сахар, с большим тропизмом к тканям, богатым гликогеном. Кандидоз очень выражен при сахарном диабете с большой склонностью к резистентности к лечению. Патогенные клетки *Candida* прикрепляются к клеткам эпителия слизистых, внедряются в них, паразитируют в их цитоплазме и ядрах, разрушая клетку хозяина, стимулируют выработку в организме человека различных антител. При определенных экзогенных условиях (травмы, повышенная влажность), эндогенных причинах (иммунодефицитное

состояние, детский и пожилой возраст, нарушение обмена веществ, сахарный диабет, эндокринные заболевания, гиповитаминозы, тяжелые инфекции, беременность, длительный прием кортикостероидов, антибиотиков) грибы *Candida* приобретают патогенные свойства. При этом бластоспоры грибов интенсивно начинают размножаться, формируя нитчатые формы (псевдомицелия). Паразитируя в цитоплазме и ядрах, разрушая клетки хозяина, они стимулируют выработку в организме человека различных антител. Кандидоз - чаще аутоинфекция, с множеством очагов и хроническим рецидивирующим течением.

3. Микроскопическое исследование патологического материала. Культуральное исследование.

4. Общее лечение:

Противогрибковые препараты (нистатин, леворин, дифлюкан, микогептин)

Местное лечение:

Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан)

3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%.

Водные и спиртовые анилиновые красители.

5. Rp.: Ung.Nystatini 15,0

D.S.Смазывать очаги 3 раза в день

Rp.: Ac.borici

Naphthalani aa 0,5

Aethacridini lactatis 1,5

Pastae Zinci 15,0

M.D.S. Наносить на очаги 2 раза в день

Rp.: Ung.Clotrimasoli 1% 20,0

D.S.Смазывать очаги поражения 3 раза в день

Rp.: Ung. «Mycospor» 25,0

D.S.Смазывать кожу 2 раза в день

Rp.: Cremoris «Lamisil» 30,0

D.S.Наносить на очаги поражения 2 раза в день тонким слоем, слегка втирая

Rp.: Ung. «Exoderil» 15,0

D.S.Смазывать очаги 1 раз в день

Rp.: Ung. «Triderm» 30,0

D.S.Смазывать участки поражения 2 раза в день

#### **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.

#### Ответ к задаче №4

1. Поверхностный кандидоз крупных складок.
2. Микроскопическое исследование патологического материала. Культуральное исследование.

3. С эритразмой, псориазом складок, себорейным дерматитом, стрептококковой опрелостью.

4. Диета с резким ограничением сладостей, богатая белками, витаминами B2, B6, C, PP.

Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан, крем залаин)

3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%.

Водные и спиртовые анилиновые красители.

В случае стойкости процесса - внутрь Diflucan 50 мг в течение 1 недели ежедневно.

5. Rp.: Ung.Nystatini 15,0

D.S.Смазывать очаги 3 раза в день

Rp.: Ac.borici

Naphthalani aa 0,5

Aethacridini lactatis 1,5

Pastae Zinci 15,0

M.D.S. Наносить на очаги 2 раза в день

Rp.: Ung.Clotrimasoli 1% 20,0

D.S.Смазывать очаги поражения 3 раза в день

Rp.: Ung. «Travocort» 30,0

D.S.Смазывать кожу 2 раза в день

Rp.: Cremoris «Lamisil» 30,0

D.S.Наносить на очаги поражения 2 раза в день тонким слоем, слегка втирая

Rp.: Ung. «Exoderil» 15,0  
D.S. Смазывать очаги 1 раз в день

Rp.: Ung. «Triderm» 30,0  
D.S. Смазывать участки поражения 2 раза в день

### **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.

### **Ответ к задаче №5**

1. Кандидозный стоматит, кандидозная заеда.
2. Микроскопическое исследование налета с полости рта. Проведение серологических реакций: РПГА (реакция пассивной гемагглютинации), ИФА (иммунный ферментный анализ), определение IgE против *C. albicans*; посев материала со слизистой полости рта.
3. Со стрептококковой, сифилитической, микотической заедами, эрозивной формой красного плоского лишая, афтозным стоматитом, вторичными сифилидами.

### **4. Местное лечение:**

Полоскания содовые, с раствором шалфея, ромашки.

На язык, слизистую рта водный 5% тетраборат натрия (бура) в глицерине. Облепиховое масло на очаги поражения.

Водные и спиртовые анилиновые красители.

В случае стойкости процесса - внутрь Diflucan 50 мг в течение 1 недели ежедневно.

5. Rp.: Ung. Nystatini 15,0  
D.S. Смазывать очаги 3 раза в день

Rp: LiquorisCastellani 50,0  
D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день.

Rp: Fucorcini 25,0  
D.S. Смазывать очаги 1 раз в день.

### **11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Собрать анамнез больного грибковым заболеванием кожи;
2. Осмотреть кожу, волосы, ногти, видимые слизистые оболочки;
3. Определить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи на коже и слизистой оболочке полости рта, характерные для разных грибковых заболеваний;



## 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Группы дерматомикозов по МКБ - X.
2. Клинические формы дерматомикозов.
3. Клинические формы кандидозов.

## 13. 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
<b>Основная литература</b>					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
<b>Дополнительная литература</b>					
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 №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

## 2. Занятие №12

**Тема: «Диагностика грибковых заболеваний кожи. Методы общей и наружной терапии больных микозами»**

**3. Форма организации учебного процесса:** клиническоепрактическое занятие.

Методы обучения: активные(объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

**3. Значение темы.** Знание диагностики грибковых заболеваний кожи необходимо для проведения лечения данных заболеваний, учитывая большую распространенность, многообразие клинических форм, трудности в лечении данной патологии.

### **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

#### 4. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры, лаборатория диспансера.

#### 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

#### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г) интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы,

		таблицы и т.д.).
	Всего:	540

## 7. Аннотация (краткое содержание 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).

При отборе пораженных волос можно использовать ряд дополнительных признаков. Волосы, пораженные микроспорумами, в основании имеют серый чехлик из наружно расположенных спор. При хронической трихофитии в толще чешуек обнаруживаются короткие серого цвета изогнутые в виде «запятых» и «вопросительных знаков» пораженные волосы, а также «черные точки» (утолщенные черные, обломанные в устье фолликула пораженные волосы).

При инфильтративно-нагноительной трихофитии для микроскопического исследования, кроме пораженного волоса, можно использовать гной и корочки с очага поражения.

С очагов поражения кожи при микроспории, трихофитии и микозе паховых складок чешуйки необходимо соскабливать с периферической зоны очага поражения, где грибок находится в большем количестве. Пушковые волосы соскабливаются вместе с чешуйками кожи.

При исследовании пораженного волоса при микроспории и трихофитии обращается внимание на особенности расположения спор (внутри или снаружи волоса) и их величину. Эти данные позволяют в ряде случаев уточнить диагноз, клиническую форму микоза и эпидемиологию.

При межпальцевой форме микоза стоп для микроскопического исследования используют кожные чешуйки и обрывки мацерированного рогового слоя.

Участок ногтя, который необходимо взять для микроскопического исследования, зависит от формы онихомикоза. При поверхностной форме необходимо делать соскоб с поверхности ногтевой пластинки.

При самой частой дистально-латеральной форме используется соскоб с ногтевого ложа, из-под пластинки (подногтевой гиперкератоз) с частью срезанной измененной ногтевой пластинки. При проксимальной подногтевой форме для забора материала используются особые методы (высверливание окон с помощью бормашины, биопсия ногтя).

При сквамозно-гиперкератотической форме микоза стоп чешуйки соскабливают с подошвенной поверхности. При дисгидротической форме микоза стоп для исследования срезают покрывки пузырей.

#### **Техника приготовления материала для микроскопического исследования**

**Волос.** На предметное стекло наносится небольшая капля 30% КОН и в нее препаровальной иглой помещается пораженный волос. Капля с волосом слегка подогревается над пламенем спиртовки до появления паров над поверхностью жидкости или выпадения ободка кристаллов по краю капли щелочи. После накрывания покровным стеклом избыток щелочи удаляется фильтровальной бумагой. Препарат исследуют сначала под малым, а затем под большим (x 400) увеличением микроскопа.

**Кожные и ногтевые чешуйки.** Тонкие ногтевые чешуйки для микроскопического исследования помещают на предметное стекло в каплю 30% КОН и нагревают, добавляя щелочь при испарении. Остывший неокрашенный препарат накрывают покровным стеклом и микроскопируют.

Толстые кожные и ногтевые чешуйки помещают в центрифужную пробирку и заливают несколькими каплями 30% КОН. Пробирку нагревают до кипения и оставляют на 20–30 минут. Часть размягченного материала стеклянной палочкой переносят на предметное стекло, придавливая спичкой до появления «облачка», после чего микроскопируют.

**Гной.** Капля гноя смешивается с каплей спирта пополам с глицерином и исследуется в нативном препарате.

**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), покрывки пузырей или гной засевают на искусственную питательную среду. По внешнему виду гигантских колоний на чашках Петри можно составить представление о роде возбудителя (*Microsporium*, *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.

В зависимости от места поражения и характера клинических проявлений материал для исследования берут ватным тампоном, скальпелем, петлей и т. п.

Кожные и ногтевые чешуйки, обрывки эпидермиса и соскобы слизистой оболочки предварительно обрабатывают 30% КОН. Патологический материал исследуют в неокрашенных или окрашенных препаратах.

В первом случае материал смешивают с равным количеством спирта с глицерином. При окраске по Граму дрожжевые клетки и псевдомицелий выглядят темно-фиолетовыми, по Циллю–Нильсену – синими, а по Романов-скому–Гимза – розово-фиолетовыми. При этом

отличительным признаком дрожжевой клетки является почкование - обнаружение фигуры «песочных часов».

Взятие материала со слизистой оболочки полости рта, половых органов, с кожи красной каймы губ, с углов рта, с кожи крупных и мелких складок осуществляется стерильным тампоном. Тампон после взятия материала помещается в другую стерильную пробирку с жидким сушлом. Пробирка с тампоном направляется в микробиологическую лабораторию. Выделение чистой культуры дрожжеподобных грибов рода *Candida* проводится по общепринятой микробиологической методике.

### Современные системные антимикотики

#### Амфотерицин В

Амфотерицин – противогрибковый антибиотик из ряда полиенов-макролидов, вырабатывается аскомицетом *Streptomyces nodosus*. Амфотерицин имеет широкий спектр действия. Внутривенное введение обычного раствора амфотерицина нередко сопряжено с тяжелыми побочными и токсическими эффектами, вынуждающими ограничивать дозу или отменять лечение.

Сегодня известны три серийно выпускаемых разновидности липид-ассоциированного амфотерицина: липосомальный амфотерицин (AmBisome, «амбизом»), амфотерицин-липидный комплекс (ABLC), амфотерицинколлоидная дисперсия (ABCD, холестерилсульфат амфотерицина). Эти препараты прошли предварительные клинические испытания и уже используются в странах Западной Европы и в США. Проходит клинические испытания липосомальная форма нистатина.

#### 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.

Флуконазол имеет относительно широкий спектр действия, включающий большинство видов *Candida*, *Cryptococcus neoformans*, дерматофиты, *Malassezia* spp. и «классических» диморфных возбудителей *Histoplasma capsulatum*, *Blastomyces dermatitidis*, *Paracoccidioides brasiliensis*, *Coccidioides immitis*.

#### 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. Итраконазол обладает очень широким спектром действия, пожалуй, самым широким среди всех современных системных антимикотиков, назначаемых внутрь. Спектр действия итраконазола включает *Candida* spp., *Cryptococcus neoformans*, *Aspergillus* spp., дерматофиты, *Malassezia* spp., грибы Dematiaceae, *Pseudallescheria boydii*, и всех диморфных возбудителей. Итраконазол оказывает преимущественно фунгистатическое, но также и фунгицидное действие.

#### 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»).

Нистатин обладает преимущественно фунгистатическим действием, фунгицидный эффект может появляться в больших концентрациях. Механизм действия нистатина в целом такой же, что и у амфотерицина В.

Чувствительными к нистатину являются *Candida* spp., а также грибы рода *Aspergillus*. На эти грибы нистатин оказывает фунгистатическое действие.

### **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.

Наиболее чувствительными *in vitro* и *in vivo* являются дерматофиты. Чувствительным также является *Sporotrix schenckii*. Такие грибы, как *Aspergillus* spp., *Cryptococcus neoformans*, *Blastomyces dermatitidis*, *Histoplasma capsulatum*, чувствительны *in vitro*, *so in vivo* не поддаются лечению тербинафином.

### **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.

В ходе лечения иногда развивается устойчивость. Недостатком гризеофульвина является его относительно низкая кератофильность. Гризеофульвин используется в лечении дерматофитий, в частности – *tinea capitis*.

## **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. Как и другие препараты из группы азолов, бифоназол обладает преимущественно фунгистатическим действием, нарушая синтез эргостерина, компонента мембраны грибов. Однако в отличие от остальных производных имидазола, бифоназол препятствует образованию эргостерина не только за счет подавления активности 14 $\alpha$ -деметилазы ланостерина, но также и подавляющим действием на фермент гидроксиметилглутарил-КоА редуктазу, на стадии образования мевалоната, раннего предшественника эргостерина. Бифоназол действует на разные виды дерматофитов, *Candida* spp., *Malassezia* spp., некоторые грамположительные бактерии. Бифоназол применяется в терапии дерматофитии, кандидоза кожи. Особая форма бифоназола используется для лечения онихомикозов, вызванных дерматофитами, или *Candida* spp.

### **Изоконазол**

Изоконазол – противогрибковый препарат из группы азолов, синтетическое производное имидазола. Как и другие препараты из группы азолов. Действие изоконазола преимущественно фунгистатическое. Спектр действия у изоконазола широкий, включает многие дерматофиты, *Candida* spp., некоторые грамположительные бактерии. Изоконазола нитрат применяется в терапии дерматофитии и кандидоза кожи, в том числе осложненных вторичной бактериальной инфекцией, при разноцветном лишае, эритразме, а также при вагинальном кандидозе.

### **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. Очень широкий спектр действия клотримазола, включающий не только многие грибы: дерматофиты, *Candida* spp., *Malassezia* spp., но и возбудителя эритразмы, грамположительные кокки, трихомонады, позволяет применять этот препарат при многих инфекциях кожи и слизистых. Клотримазол используется в лечении дерматофитии, кандидоза кожи, в том числе осложненных вторичной бактериальной инфекцией,

разноцветного лишая и эритразмы. Клотримазол применяют в терапии кандидного вульвовагинита, трихомониоза или смешанной кандидно-трихомонадной инфекции.

### **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 *Candidasp.*, *Malasseziaspp.*, 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.

### **Оксиконазол**

Оксиконазол – противогрибковый препарат из группы азолов, синтетическое производное имидазола. Такой же, как и у всей группы азолов. Действие оксиконазола преимущественно фунгистатическое. Оксиконазол действует на дерматофиты, *Candidasp.*, *Malasseziaspp.*, некоторые бактерии, в т.ч. коринебактерии, *Staphylococcus* и *Streptococcuspp.* Оксиконазола нитрат применяется как средство местной терапии дерматофитии и кандидоза кожи, разноцветного лишая, эритразмы, подмышечного трихомокардиоза.

### **Омоконазол**

Омоконазол - новое активное вещество из группы азолов, производное имидазола. Как и другие препараты из группы азолов, с преимущественно фунгистатическим действием. Омоконазол обладает противогрибковыми и антибактериальными свойствами, проявляя активность в отношении *Candidasp.* и других грибов. Омоконазол активен также и в отношении грамположительных бактерий. Омоконазол применяется как средство местной терапии острых и хронических форм вульвовагинального кандидоза, в том числе смешанных кандидно-бактериальных инфекций.

### **Эконазол**

Эконазол – противогрибковый препарат из группы азолов, синтетическое производное имидазола. Механизм действия такой же, как и у всей группы азолов. Действие эконазола преимущественно фунгистатическое. Эконазол действует на дерматофиты, *Candidasp.*, *Malasseziaspp.*, некоторые грамположительные бактерии. Эконазола нитрат применяется как средство местной терапии дерматофитии и кандидоза кожи, в том числе осложненных вторичной бактериальной инфекцией, разноцветного лишая, эритразмы, а также при вагинальном кандидозе и отомикозах.

## **Другие противогрибковые препараты**

### **Нафтифин**

Нафтифин – противогрибковый препарат из группы аллиламинов. Нафтифин подавляет активность фермента эпоксидазы сквалена, ответственного за одну из стадий биосинтеза эргостерина. Из-за нехватки эргостерина расстраивается формирование клеточной мембраны грибов, что проявляется как фунгистатический эффект препарата. Кроме того, по отношению к дерматофитам и другим плесневым грибам производные аллиламина обладают и фунгицидным эффектом. Нафтифин активен в отношении дерматофитов, *Malasseziaspp.*, *Candidasp.*, а также других грибов и некоторых грамположительных бактерий.

Нафтифина гидрохлорид применяется в терапии дерматофитии и кандидоза кожи, в том числе осложненных вторичной бактериальной инфекцией, онихомикозов, отрубевидного лишая. К достоинствам препарата относятся противовоспалительный эффект и длительно сохраняющиеся эффективные концентрации в коже.

### **Тербинафин**

Тербинафин – противогрибковый препарат из группы аллиламинов, зарекомендовавший себя как высокоэффективное средство системной терапии дерматофитии. Местная форма тербинафина гидрохлорида используется в лечении ряда грибковых инфекций кожи. Назначаемый местно, тербинафина гидрохлорид используется в терапии дерматофитии, кандидоза кожи и разноцветного лишая.

### **Циклопирокс**

Циклопирокс (циклопироксоламин) – противогрибковое средство, по химической структуре относящееся к классу пиридонов. Действие циклопирокса преимущественно фунгистатическое, фунгицидный эффект, когда нарушается проницаемость мембраны, создается при больших концентрациях или длительной экспозиции. Циклопирокс действует на дерматофиты, *Candida* spp., *Malassezia* spp., разные плесневые грибы, а также некоторые бактерии.

### **Аморолфин**

Аморолфин – противогрибковое средство из группы морфолинов, действие фунгицидное. Аморолфин действует на большинство дерматофитов, многие виды *Candida*, *Malassezia*, разных плесневых грибов. Аморолфин используется в терапии дерматофитии, кандидоза кожи, разноцветного лишая и онихомикозов любой этиологии. Достоинством препарата является длительное, в течение 48-72 ч., сохранение эффективных концентраций в коже. При использовании лака аморолфина высокие концентрации в ногте создаются уже через 24 ч., а сохраняются в течение не менее 7 дней после отмены препарата. Исходно высокие концентрации активного вещества, в тысячи раз превосходящие МПК, предопределяют исключительно широкий спектр противогрибкового действия. Для местной терапии микозов используют крем и лак для ногтей, содержащие аморолфин. Крем аморолфина наносится на пораженные участки кожи один раз в день. Средняя продолжительность лечения составляет 2-3 нед., лечение рекомендуется продолжать еще несколько дней после клинического излечения. Лак аморолфина наносится на пораженные ногтевые пластинки 1 раз в неделю. Вначале пораженную поверхность пластинки обрабатывают пилочкой для ногтей, входящей в комплект, затем протирают прилагаемым тампоном. С помощью специальной лопаточки наносят лак. Рекомендуемая продолжительность лечения при монотерапии составляет до 6 мес. для пальцев рук и до 9-12 мес. для пальцев ног. При беременности и в период лактации применять крем аморолфина следует осторожно. Не рекомендуется назначать аморолфин маленьким детям.

### **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.

## **8. Вопросы по теме 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.

**9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

Правильный ответ:3

2. ДЛЯ ОБЩЕЙ ТЕРАПИИ МИКОЗОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ(УК-1, ПК-6):

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

Правильный ответ:2

3. ФУНГИЦИДНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЮТ (УК-1, ПК-6):

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

Правильный ответ:2

4. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ЗАБОЛЕВАНИЯ РУБРОМИКОЗОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ (УК-1, ПК-2, ПК-6):

- 1) дезинфекция обуви и чулок
- 2) виroleкс
- 3) антигистаминные препараты
- 4) преднизолон
- 5) фтивазид

Правильный ответ:1

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

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

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ: 1

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

Правильный ответ: 3

8. К ТРИХОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ (ПК-5):

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

Правильный ответ: 3

9. ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИКОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ (ПК-5):

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

Правильный ответ: 3

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

Правильный ответ: 1

**10. Ситуационные задачи по темес эталонами ответов.**

#### **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, крышечки 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.

#### **Ответ к задаче №1**

1. Микоз стоп, интертригинозно-дисгидротическая форма клинически.

4. -Микроскопическое исследование патологического материала: чешуек кожи стоп.  
-Культуральное исследование.

3. Дифференциальная диагностика с дисгидротической экземой, псориазом, пустулезным бактериодом Эндрюса, кератодермией, паховой эпидермофитией, красной волчанкой.

4. Общее лечение:

При острых воспалительных явлениях (кальция глюконат 10% раствор, в/в или в/м по 5—10 мл 1 р/сут в течение 10—15 дней, кальция пантотенат по 0,5 г 3 р/сут, натрия тиосульфат, 30% раствор, внутривенно 5 мл 1 р/сут в течение 10 дней, супрастин внутрь по 0,025 г 2-3 р/сут в течение 10-15 дней, диазолин внутрь по 0,1 г).

Местное лечение:

На первом этапе терапии (борная кислота, 2% раствор, местно 2—3 р/сут в течение 1—2 дней, бриллиантовый зеленый, 1 % водный раствор, местно 1—2 р/сут в течение 1-2 дней, калия перманганата, раствор 1: 6000, резорцин, 0,5% раствор, местно 1-2 р/сут в течение 1-2 дней, фукоцин, раствор, местно 1—2 р/сут в течение 2—3 дней, затем - переходят на пасты и мази: 2-5% борно-нафталановая паста, местно 2 р/сут в течение 5—7 дней, 5% паста АСД, местно 2 р/сут в течение 5-7 дней, мази, содержащие противогрибковые ЛС и глюкокортикоидные ЛС: микозолон (миконазол + мазипредон) 2 р/сут в течение 7—10 дней, травокорт (изоконазол нитрат + дифлукортолон валерат) 2 р/сут в течение 7—10 дней).

При присоединении бактериальной флоры (калия перманганата, раствор 1: 6000, ванночки 2-3 р/сут в течение 1—2 дней, препараты, содержащие антибиотики, кортикостероиды и противогрибковые средства: пимафуорт (натамицин + неомицин + гидрокортизон) 2 р/сут в течение 3—5 дней, тридерм (бетаметазон дипропионат + гентацимин сульфат + клотримазол) 2 р/сут в течение 3—5 дней).

5.- первичная профилактика: выполнение гигиенических правил по уходу за кожей стоп (профилактика микротравм, потертостей, устранение гипергидроза или сухости кожи, плоскостопия и др.).

- вторичная профилактика: дезобработка обуви, перчаток, белья и предметов обихода.

### 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.

#### Ответ к задаче №2

1. Паховая эпидермофития.
- 2.-Микроскопическое исследование патологического материала  
-Культуральное исследование.
3. С эритразмой, микотической экземой, кандидомикозом, герпетиформным дерматитом, псориазом складок, себорейным дерматитом, стрептококковой опрелостью.
4. Местная терапия:
  - 4) Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан)
  - 5) 3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%.
  - 6) Анилиновые красители (1-2% бриллиантовый зеленый, метиленовый синий, эозин, фуксин).
- 5.-соблюдение мер личной гигиены  
-дезинфекция нательного и постельного белья

### 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.

### **Ответ к задаче №3**

1. Поверхностный кандидоз крупных складок. Кандидозный стоматит.
2. Грибы рода *Candida* относятся к условно патогенным микроорганизмам. Они широко распространены во внешней среде, вегетируют в почве лугов, садов, огородов, на коре фруктовых деревьев, на плодах, овощах, особенно, на свежих фруктах, на предметах домашнего обихода. В качестве сапрофитов они обитают на кожных покровах, слизистых человека; их выделяют из экскрементов (мочи, мокроты, кала) и ногтей. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* - одноклеточные растительные микроорганизмы округлой или овальной формы, от 2 до 5 мкм, не имеют истинного мицелия, а образуют псевдомицелий, нити которого лишены общей оболочки и перегородок. Клетки *C. albicans* имеют шестислойную стенку, цитоплазму с розетками гликогена и большим количеством рибосом, а также содержат крупное ядро и митохондрии. Дрожжеподобные грибы отпочковываются в виде спор. Они длительно персистируют внутри эпидермальных клеток. Размножаются в клетках, окружены плотной микрокапсулой, защищающей от лекарств, поэтому лечение их часто не эффективно. В полости рта они локализуются в поверхностных клетках. Грибы рода *Candida* - аэробы. Для питания они хорошо усваивают сахар, с большим тропизмом к тканям, богатым гликогеном. Кандидоз очень выражен при сахарном диабете с большой склонностью к резистентности к лечению. Патогенные клетки *Candida* прикрепляются к клеткам эпителия слизистых, внедряются в них, паразитируют в их цитоплазме и ядрах, разрушая клетку хозяина, стимулируют выработку в организме человека различных антител. При определенных экзогенных условиях (травмы, повышенная влажность), эндогенных причинах (иммунодефицитное состояние, детский и пожилой возраст, нарушение обмена веществ, сахарный диабет, эндокринные заболевания, гиповитаминозы, тяжелые инфекции, беременность, длительный прием кортикостероидов, антибиотиков) грибы *Candida* приобретают патогенные свойства. При этом blastospores грибов интенсивно начинают размножаться, формируя нитчатые формы (псевдомицелия). Паразитируя в цитоплазме и ядрах, разрушая клетки хозяина, они стимулируют выработку в организме человека различных антител. Кандидоз - чаще аутоинфекция, с множеством очагов и хроническим рецидивирующим течением.
3. Микроскопическое исследование патологического материала. Культуральное исследование.
4. Общее лечение: Противогрибковые препараты (нистатин, леворин, дифлюкан, микогептин).  
Местное лечение: Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан), 3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%. Водные и спиртовые анилиновые красители.
5. Rp.: Ung. Nystatini 15,0

D.S.Смазывать очаги 3 раза в день

Rp.: Ac.borici

Naphthalani aa 0,5

Aethacridini lactatis 1,5

Pastae Zinci 15,0

M.D.S. Наносить на очаги 2 раза в день

Rp.: Ung.Clotrimasoli 1% 20,0

D.S.Смазывать очаги поражения 3 раза в день

Rp.: Ung. «Mycospor» 25,0

D.S.Смазывать кожу 2 раза в день

Rp.: Cremoris «Lamisil» 30,0

D.S.Наносить на очаги поражения 2 раза в день тонким слоем, слегка втирая

Rp.: Ung. «Exoderil» 15,0

D.S.Смазывать очаги 1 раз в день

Rp.: Ung. «Triderm» 30,0

D.S.Смазывать участки поражения 2 раза в день

#### **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 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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Поверхностный кандидоз крупных складок.
- 2.-Микроскопическое исследование патологического материала  
-Культуральное исследование.

3. С эритразмой, псориазом складок, себорейным дерматитом, стрептококковой опрелостью.

4. Диета с резким ограничением сладостей, богатая белками, витаминами В2, В6, С, РР. Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан, крем залаин). 3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%. Водные и спиртовые анилиновые красители. В случае стойкости процесса - внутрь Diflucan 50 мг в течение 1 недели ежедневно.

5. Rp.: Ung.Nystatini 15,0

D.S.Смазывать очаги 3 раза в день

Rp.: Ac.borici

Naphthalani aa 0,5

Aethacridini lactatis 1,5

Pastae Zinci 15,0

M.D.S. Наносить на очаги 2 раза в день

Rp.: Ung.Clotrimasoli 1% 20,0

D.S.Смазывать очаги поражения 3 раза в день

Rp.: Ung. «Travocort» 30,0

D.S.Смазывать кожу 2 раза в день

Rp.: Cremoris «Lamisil» 30,0

D.S.Наносить на очаги поражения 2 раза в день тонким слоем, слегка втирая

Rp.: Ung. «Exoderil» 15,0

D.S.Смазывать очаги 1 раз в день

Rp.: Ung. «Triderm» 30,0

D.S.Смазывать участки поражения 2 раза в день

#### **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.

**Ответ к задаче №5**

1. Кандидозный стоматит, кандидозная заеда.
2. Микроскопическое исследование налета с полости рта. Проведение серологических реакций: РПГА (реакция пассивной гемагглютинации), ИФА (иммунный ферментный анализ), определение IgE против *C. albicans*; посев материала со слизистой полости рта.
3. Со стрептококковой, сифилитической, микотической заедами, эрозивной формой красного плоского лишая, афтозным стоматитом, вторичными сифилидами.
4. Местное лечение: Полоскания содовые, с раствором шалфея, ромашки. На язык, слизистую рта водный 5% тетраборат натрия (бура) в глицерине. Облепиховое масло на очаги поражения. Водные и спиртовые анилиновые красители.

В случае стойкости процесса - внутрь Diflucan 50 мг в течение 1 недели ежедневно.

5. Rp.: Ung.Nystatini 15,0

D.S. Смазывать очаги 3 раза в день

Rp: LiquorisCastellani 50,0

D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день.

Rp: Fucorcini 25,0

D.S. Смазывать очаги 1 раз в день.

**11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Пользоваться люминесцентной лампой для диагностики микроспории;
2. произвести соскоб из очага поражения кожных (ногтевых) чешуек для микологического исследования;
3. Взять из очага микоза необходимый патологический материал для микологического исследования;
4. Написать учебную историю болезни с описанием клинической картины грибкового заболевания;
5. Обработать очаг поражения, нанести на пораженную кожу фунгицидный препарат в рациональной форме;
6. Выписать рецепт противогрибкового средства для общего и наружного лечения больного;
7. Заполнить экстренное извещение на больного с заразным грибковым заболеванием кожи;
8. Проводить дезинфекцию рук и инструментов при работе с больными грибковыми заболеваниями кожи.

**12. Примерная тематика НИР по теме.**

1. Применение системных антимикотиков в лечении грибковых заболеваний кожию
2. Современные средства наружной терапии микозов.

### 13. 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
<b>Основная литература</b>					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
<b>Дополнительная литература</b>					
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 №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»

**2. Форма организации учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 3. Значение темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики туберкулеза кожи необходимы дерматологам, учитывая многообразие клинических форм заболевания и тяжесть течения.

#### 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 (МКБ-10);
- 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



#### 4. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

#### 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия, гистологические препараты.

#### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**(540 мин.- 12 академических часов).

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащённость
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г) интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## 7. Аннотация (краткое содержание 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.

Первичный туберкулез встречается у людей всех возрастных групп, но наиболее часто – у детей и молодых людей. Чаще всего поражения располагаются в области лица, слизистых оболочек (конъюнктивы и слизистых рта) и на нижних конечностях. Поражение развивается через 2-4 недели после заражения и представляет собой маленькую безболезненную, незаживающую, четко отграниченную язву. Через 3-8 недель после начала инфекции возникает регионарная лимфаденопатия, лимфатические узлы

уплотняются, затем спаиваются между собой и с кожей, размягчаются и вскрываются с образованием язв.

Первичный туберкулезный аффект необходимо дифференцировать в первую очередь от пиодермии, споротрихоза, твердого шанкра и эпителиомы. Решающим для отличия от первых трех заболеваний является микробиологическое, а от эпителиомы – гистологическое исследование.

### **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). При **плоской** форме волчанки люпомы почти не возвышаются над кожей. **Язвенная** волчанка характеризуется изъязвлением люпом, язвы поверхностные, края их мягкие, мало болезненные, легко кровоточат. **Мутилирующая** форма туберкулезной волчанки характеризуется глубокими разрушениями (кончик и крылья носа, ушные раковины, пальцы), приводит к уродствам со значительной потерей функции. У одного и того же больного нередко наблюдаются различные клинические проявления волчанки: плоская форма сочетается с язвенной, бородавчатой или с другими разновидностями. Исход волчанки – рубцевание. Рубцы тонкие, гладкие, поверхностные, пигментированные, в дальнейшем депигментирующиеся. Напоминают папиросную бумагу, легко собирающуюся в складки; реже могут образовываться рубцы, напоминающие келоидные. Для волчанки характерно образование на рубцах свежих люпом, иногда изъязвления. Излюбленная локализация – лицо(75%). Чаще поражается нос, затем верхняя губа. Язвенные формы могут приводить к деформациям носа, рубцовым сужениям рта, нарушениям речи. На лбу и щеках преобладает плоская форма волчанки, на кистях и стопах – бородавчатая. На волосистой части головы волчанка локализуется редко. Волчаночный процесс поражает не только кожу, но и слизистые оболочки верхних дыхательных путей и полости рта.

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

### **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:

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

#### **Дифференциальный диагноз первичного туберкулеза кожи:**

1. сифилис-твердый шанкр
2. фелинос
3. споротрихоз
4. туляремия
5. гранулема купальщиков

#### **Дифференциальный диагноз бородавчатого туберкулеза кожи:**

1. простые бородавки
2. гранулема купальщиков
3. пиодермии
4. плоскоклеточный рак кожи
5. хромомикоз
6. красный плоский лишай

#### **Дифференциальный диагноз туберкулезной волчанки:**

1. саркоидоз
2. доброкачественная лимфоплазия
3. красная волчанка
4. третичный сифилис
5. лепра
6. лейшманиоз
7. пиодермии

#### **Дифференциальный диагноз скрофулодермы:**

1. глубокие микозы
2. актиномикоз
3. третичный сифилис
4. 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

### 8. Вопросы по теме 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.

### 9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

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

Правильный ответ: 2

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

Правильный ответ: 2

3. ВОЛЧАНКА ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9):

- 1) бугорков
- 2) папул
- 3) геморрагических пятен
- 4) пустул
- 5) волдырей

Правильный ответ: 1

4. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9):

- 1) хроническое течение

- 2) медленно прогрессирующее, рецидивирующее течение
- 3) быстро прогрессирующее течение
- 4) инволюционное течение
- 5) рецидивирующее течение

Правильный ответ: 2

5. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО (УК-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

Правильный ответ: 3

6. 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

Правильный ответ: 1

7. 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

Правильный ответ: 5

8. ТУБЕРКУЛЕЗНУЮ ВОЛЧАНКУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ (УК-1, ПК-5, ПК-6):

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

Правильный ответ: 5

9. К ДИССЕМНИРОВАННЫМ ФОРМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСИТСЯ (УК-1, ПК-5):

- 1) язвенный
- 2) первичный шанкриформный

- 3) колликативный
- 4) бородавчатый
- 5) острый диссеминированный милиарный

Правильный ответ: 5

10. 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

Правильный ответ: 3

11. 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

Правильный ответ: 1

12. 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

Правильный ответ: 1

13. 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

Правильный ответ: 4

14. 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) парастерральная
- Правильный ответ: 1

## **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

### **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.

### **Ответ к задаче №1**

1. Туберкулезная волчанка.
2. Симптом «яблочного желе» (обусловлен наличием эпителиоидноклеточной инфильтрации).

Симптом Поспелова (надавливание тупым зондом на пораженную поверхность приводит к образованию стойкого западения из-за гибели коллагеновых волокон, а при более сильном надавливании зонд проваливается, что сопровождается болезненностью и появлением капли крови).

3. Обнаружение возбудителя в очаге поражения кожи.
  - а) бактериоскопическое исследование (окраска мазков по Цилю-Нильсену)
  - б) бактериологическое исследование (посев материала на питательные среды)
  - в) биологическая проба (заражение морских свинок патологическим материалом)



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

Вероятные признаки:

а) наличие туберкулеза внутренних органов у больного

б) клинические проявления туберкулеза кожи

в) кожные пробы с туберкулином.

4. - С бугорковым сифилидом - отрицательны оба характерных для туберкулезной волчанки симптома, мозаичные рубцы, не образуются бугорки на рубцах.

- С туберкулоидной лепрой - отрицательны оба характерных для туберкулезной волчанки симптома, отсутствуют болевая и температурная чувствительность в очаге.

- С лейшманиозом - очаги поражения болезненны, характерно формирование втянутых рубцов.

- С саркоидозом, бластомикозом, споротрихозом, эпителиомой, дискоидной красной волчанкой,

5. - бактериоскопический метод

- серологические тесты – постановка туберкулиновых проб

- гистологическое исследование пораженной кожи

- получение культуры возбудителя и положительный результат заражения морских свинок

- терапия ехjuvantibus.

Общее лечение:

Диета: высококалорийная, богатая белками, витаминами, солями кальция; ограничение поваренной соли.

Витаминотерапия (витамины В6, пантотенат кальция)

Препараты железа.

Противотуберкулезные средства (рифампицин, этамбутол, пиразинамид, солютизон; препараты гидразина изоникотиновой кислоты – изониазид, неотебен, тиоацетозон, фтиазид, салюзид, метазид, ларусан, витамин Д2, стрептомицин).

При возникновении устойчивости микобактерий к фтивазиду, стрептомицину и ПАСК, показаны – циклосерин, этионамид, этамбутол, этоксид.

### **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 2,0см. Рубцы неправильной округлой формы, поверхностные, спаянные с кожей, неровные, с мостовидными

перегородками. Имеются свищевые отверстия и ходы, соединяющие отдельные рубцы. Реакция Манту резко положительная.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
4. Перечислите достоверные и вероятные признаки заболевания.
5. Наметьте план лечебных мероприятий.

#### **Ответ к задаче №2**

1. Колликувативный туберкулез кожи.

2. Туберкулез кожи вызывается микобактериями туберкулеза человеческого, реже бычьего типа. Заражение чаще происходит аэрогенно, но возможно и через желудочно-кишечный тракт. Крайне редко микобактерии туберкулеза первично попадают в кожу.

Большинство форм туберкулеза кожи являются результатом гематогенного или лимфогенного распространения из первичных или вторичных очагов. Возможны как диссеминация микобактерии туберкулеза по всему организму, так и метастатический путь распространения.

Туберкулиновые пробы резко положительные. Очаги поражения не имеют склонности к периферическому росту, сравнительно легко поддаются специфическому лечению.

Колликувативный туберкулез (скрофулодерма) – результат гематогенного или лимфогенного распространения. Чаще регистрируется у детей и юношей. Выделяют вторичную (результат попадания микобактерии туберкулеза в подкожные лимфатические узлы, а уже затем в кожу) и первичную скрофулодерму. Наиболее частая локализация – в области ключиц, грудины, на шее. Первичная скрофулодерма возникает в результате метастатического гематогенного попадания микобактерии туберкулеза непосредственно в подкожную клетчатку.

3. Гистологическое исследование кожи

Бактериоскопический метод

Серологические тесты

Туберкулиновая проба

Рентгенограмма органов грудной клетки

4. Достоверные признаки:

Обнаружение возбудителя в очаге поражения кожи.

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

Вероятные признаки:

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

5. Лечение больных туберкулезом кожи должно быть комплексным, непрерывным, длительным, проводится с учетом теоретических основ химиотерапии при туберкулезе. Этиологическое лечение сочетается с патогенетическим, направленным на повышение факторов иммунной защиты, снижение воспалительной реакции и повышенной

чувствительности к микобактериям, предупреждение осложнений туберкулезной инфекции и побочного действия антибактериальных средств.

Антибактериальная терапия осуществляется с использованием туберкулостатических препаратов. Применяемые в настоящее время противотуберкулезные средства разделяются на две группы.

К 1-й группе относятся основные противотуберкулезные препараты: стрептомицин (дигидрострептомицин), препараты группы гидразида изоникотиновой кислоты (тубазид, фтивазид, салюзид, метагид, ПАСК (бепаск), рифампицин.

Во 2-ю (резервную) группу входят тибон, этионамид (протионамид), пиразинамид, этамбутол, циклосерин, виомицин, канамицин.

Для повышения эффективности используется комбинированная антибактериальная терапия, чем значительно задерживается скорость развития лекарственной устойчивости и тем самым облегчается возможность длительного лечения больных. Несоблюдение пациентами режима медикаментозной терапии может способствовать развитию перекрестной устойчивости. Основной курс антибактериальной терапии желательно проводить в условиях специализированного стационара (санатория) или отделения для больных внелегочными формами туберкулеза, где обеспечивается необходимый лечебно-охранительный режим. Патогенетическая терапия больных туберкулезом кожи включает витамины, десенсибилизирующие средства, физиотерапевтическое воздействие, климатические факторы, лечебное питание, различные симптоматические средства. Белки, витамины и соли кальция являются главными пищевыми компонентами в питании больных: количество их должно быть повышено по сравнению с нормой в среднем на 1/3. К патогенетическим средствам при рассеянных формах туберкулеза кожи относятся и препараты, улучшающие периферическое кровообращение (гливенол, эскузан и др.) в течение 1-2 мес. Местное лечение при туберкулезе кожи не имеет практического значения.

Хирургическое лечение применяется в основном при колликувативном туберкулезе. Больных туберкулезом кожи берут на учет противотуберкулезные учреждения. Они проводят основное и противорецидивное лечение (вместе с диспансерным наблюдением). Учитывая незначительную контагиозность больных туберкулезом кожи и нежелательность их суперинфицирования, пребывание их в стационарах вместе с бациллярными больными туберкулезом легких недопустимо. В целях профилактики генерализации туберкулезного процесса больные туберкулезом кожи должны лечиться во внелегочных стационарах и санаториях.

### **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?

#### **Ответ к задаче №3**

1. Туберкулезная волчанка.
2. Гистологическое исследование кожи  
Бактериоскопический метод  
Серологические тесты  
Туберкулиновая проба  
Рентгенограмма органов грудной клетки
- 3.- С бугорковым сифилидом - отрицательны оба характерных для туберкулезной волчанки симптома, мозаичные рубцы, не образуются бугорки на рубцах.  
- С туберкулоидной лепрой - отрицательны оба характерных для туберкулезной волчанки симптома, отсутствуют болевая и температурная чувствительность в очаге.  
- С лейшманиозом - очаги поражения болезненны, характерно формирование втянутых рубцов.  
- С саркоидозом, бластомикозом, споротрихозом, эпителиомой, дискоидной красной волчанкой.
4. Симптом «яблочного желе» (при надавливании стеклянной пластинкой на месте бугорков остаются желтовато-буроватые пятна).  
Симптом Пospelова. (надавливание тупым зондом на пораженную поверхность приводит к образованию стойкого западения, а при более сильном надавливании зонд проваливается, что сопровождается болезненностью и появлением капли крови).
5. Симптом «яблочного желе» связан с наличием эпителиоидноклеточной инфильтрации, симптом Пospelова возникает из-за гибели коллагена.

#### **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?

#### **Ответ к задаче №4**

1. Бородавчатый туберкулез кожи.
2. Туберкулез кожи вызывается микобактериями туберкулеза человеческого, реже бычьего типа. Чаще всего заболевают лица, которые в соответствии с характером профессии непосредственно соприкасаются с туберкулезным материалом.

Вызывается непосредственной внутрикожной инокуляцией вирулентной туберкулезной микобактерии, преимущественно в результате суперинфекции у больных туберкулезом. Очаги локализуются почти исключительно на тыле кистей.

3. С хромомикозом, язвенно-вегетирующей пиодермией, вульгарной бородавкой.

4. Патогистологические изменения при каждой клинической форме туберкулеза кожи имеют свои особенности, также имеет значение и фаза кожного процесса.

Обычно на ранних стадиях изменения неспецифичны, доминирует островоспалительная инфильтрация (лимфоцитарно-плазмноклеточная), деструкция. Могут обнаруживаться микобактерии. Значительные сосудистые изменения с набуханием и пролиферацией эндотелия, тромбозом, облитерацией просветов.

В дальнейшем формируется специфическая гранулематозная реакция. Типичные бугорки представлены эпителиоидными клетками с казеозным некрозом в центре, окруженные лимфоцитами, гигантскими клетками Лангханса.

5. Основной курс антибактериальной терапии желательно проводить в условиях специализированного стационара (санатория) или отделения для больных внелегочными формами туберкулеза, где обеспечивается необходимый лечебно-охранительный режим.

Лечение больных туберкулезом кожи должно быть комплексным, непрерывным, длительным, проводиться с учетом теоретических основ химиотерапии при туберкулезе. Этиологическое лечение сочетается с патогенетическим, направленным на повышение факторов иммунной защиты, снижение воспалительной реакции и повышенной чувствительности к микобактериям, предупреждение осложнений туберкулезной инфекции и побочного действия антибактериальных средств.

Патогенетическая терапия больных туберкулезом кожи включает витамины, десенсибилизирующие средства, физиотерапевтическое воздействие, климатические факторы, лечебное питание, различные симптоматические средства.

#### **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?

#### **Ответ к задаче №5**

1. Туберкулез кожи, бородавчатая форма.
2. Туберкулез кожи вызывается микобактериями туберкулеза человеческого, реже бычьего типа. Чаще всего заболевают лица, которые в соответствии с характером профессии непосредственно соприкасаются с туберкулезным материалом.

Вызывается непосредственной внутрикожной инокуляцией вирулентной туберкулезной микобактерии, преимущественно в результате суперинфекции у больных туберкулезом. Очаги локализуются почти исключительно на тыле кистей.

3. С хромомикозом, язвенно-вегетирующей пиодермией, вульгарной бородавкой.

4. Патогистологические изменения при каждой клинической форме туберкулеза кожи имеют свои особенности, также имеет значение и фаза кожного процесса.

Обычно на ранних стадиях изменения неспецифичны, доминирует островоспалительная инфильтрация (лимфоцитарно-плазмноклеточная), деструкция. Могут обнаруживаться микобактерии. Значительные сосудистые изменения с набуханием и пролиферацией эндотелия, тромбозом, облитерацией просветов.

В дальнейшем формируется специфическая гранулематозная реакция. Типичные бугорки представлены эпителиоидными клетками с казеозным некрозом в центре, окруженные лимфоцитами, гигантскими клетками Лангханса.

5. Основной курс антибактериальной терапии желательно проводить в условиях специализированного стационара (санатория) или отделения для больных внелегочными формами туберкулеза, где обеспечивается необходимый лечебно-охранительный режим.

Лечение больных туберкулезом кожи должно быть комплексным, непрерывным, длительным, проводиться с учетом теоретических основ химиотерапии при туберкулезе. Этиологическое лечение сочетается с патогенетическим, направленным на повышение факторов иммунной защиты, снижение воспалительной реакции и повышенной чувствительности к микобактериям, предупреждение осложнений туберкулезной инфекции и побочного действия антибактериальных средств.

Патогенетическая терапия больных туберкулезом кожи включает витамины, десенсибилизирующие средства, физиотерапевтическое воздействие, климатические факторы, лечебное питание, различные симптоматические средства.

## **11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Симптом «яблочного желе».
2. Симптом проваливания зонда ( А.И. Поспелова)
3. Проведение гистологического исследования кожи.

## **12. Примерная тематика НИР по теме.**

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.

## **13. 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
<b>Основная литература</b>					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
<b>Дополнительная литература</b>					
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. - Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51061">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51061</a>	Ю. В. Карачева, В. И. Прохоренков, 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 РЕКОМЕНДАЦИИ  
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

**для специальности Дерматовенерология**

клиническая ординатура

**К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №14**

**ТЕМА: «Лепра»**

**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»

**2. Форма организации учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 3. Значение темы.

Знание клинической картины, диагностики и дифференциальной диагностики необходимы дерматологам, учитывая эпидемиологическую опасность этого заболевания, тяжесть течения и трудности в лечении больных.

#### 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, горчицей, нитиновой кислотой, УФО.
- проведение лепроминовой пробы. ( реакция Мицуды)

**-владеть:**

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры.

**5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

**6. Структура содержания темы (хронокарта):**

**Хронокарта семинарского занятия**(540 мин.- 12 академических часов).

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а)с наглядным материалом б) демонстрация куратором практических навыков. в)интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. г) выписка рецептов

6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

### 7.Аннотация(краткое содержание темы).

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

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.

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.

Носительство проказы в эндемических районах широко распространено, заболевают лишь 10-20% инфицированных, заболеваемость связана с выраженностью специфического клеточного иммунитета, с снижением иммунитета тяжесть заболевания нарастает (трансформации).

Клинические проявления. Различают несколько клинических форм заболевания. Это лепроматозная лепра (L), туберкудоидная лепра (Т), пограничная, или диморфная (В), лепра и недифференцированная лепра (J).

**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.

В области инфильтратов формируются одиночные или множественные буторки и узлы (лепромы) – резко отграниченные, безболезненные. Они могут быть дермальные и гиподермальные. Консистенция плотноэластическая. В дальнейшем эти элементы без выраженных воспалительных явлений изъязвляются.

На слизистых оболочках, как и на коже, процесс может начаться с развития отдельных лепром или диффузной лепроматозной инфильтрации. Нередко увеличивается селезенка. Может быть поражение печени, почек, легких. У мужчин – часто орхидидимит. Характерны лимфадениты, периоститы, приводящие к переломам, деформациям суставов, укорочению и деформации фаланг.

Течение заболевания хроническое с обострениями, которые провоцируются гормональными сдвигами, оперативными вмешательствами, погрешностями в терапии и др. При обострениях – подъем температуры тела до 39-40<sup>0</sup>С, увеличение и болезненность лимфатических узлов, яркость, распад инфильтратов, новые высыпания. Поражение нервной системы развивается сравнительно поздно в виде симметричного полиневрита. Постепенно происходит инфильтрация всего нервного ствола, по мере развития которой теряется чувствительность до полной анестезии. На поздних стадиях могут быть трофические и двигательные нарушения.

**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. Иммунная реактивность при этих формах болезни широко варьирует и изменяется под действием стрессов, инфекций (вирусные, бактериальные), истощения и др. Все это отражается в клинических проявлениях со стороны тканей-мишеней (кожа, почки, периферическая нервная система).

Диагностика. Основное – это клинические изменения со стороны кожи. Настороженность должна быть и при снижении и исчезновении чувствительности на отдельных участках кожного покрова, парестезиях, нерезко выраженных контрактурах V, IV и III пальцев рук, начинающихся атрофии мышц, пастозности кистей и стоп, стойких поражениях слизистой оболочки носа и др.

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), горчичником (нет реакции).

**Дифференциальный диагноз:** Диагноз проказы выставляется на основании следующих признаков: характерные очаги поражения с отсутствием чувствительности; утолщение периферических нервов; 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: элиминация возбудителя; профилактика лечения реактивных состояний; профилактика и лечение неврологических осложнений; обучение больного правилам поведения при отсутствии чувствительности кожи; 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.

В связи с возникновением устойчивости к дапсону в настоящее время для лечения лепры применяют комбинированную лекарственную терапию, что привело к коренному улучшению прогноза и уменьшению числа новых случаев заболевания во всем мире. Основными препаратами для лечения лепры являются дапсон, рифампин

(рифампицин), клофазимин и этионамид. Из этих препаратов только рифампин обладает бактерицидным действием. В США рекомендуется следующее лечение при лепроматозной лепре: дапсон – 100 мг в день всю жизнь и рифампин – 600 мг в день в течение 3 лет; при туберкулоидной лепре: дапсон – 100 мг в день в течение 5 лет.

ВОЗ, учитывая существующую резистентность к дапсону, рекомендует использовать для лечения лепроматозной лепры три препарата, ограничив срок лечения пятью годами: дапсон – 100 мг в день, рифампицин – 600 мг в месяц (учитывая высокую стоимость лекарства) и клофазимин – 300 мг в день. Туберкулоидная лепра лечится с помощью дапсона – 100 мг в день и рифампицина – 600 мг в месяц в течение 6 месяцев. В целом, дапсон безопасен даже в период беременности. У всех пациентов, получающих дапсон, отмечается гемолиз более старых эритроцитов с небольшим снижением гематокрита. У пациентов с недостаточностью глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы может развиваться тяжелый гемолиз. Метгемоглобинемия также отмечается достаточно часто, однако она не представляет серьезной проблемы, поскольку затрагивает не более 12% общего количества гемоглобина. Могут развиваться и реакции идиосинкразии, такие как панцитопения, поражения периферических нервов, острый психоз и синдром, напоминающий мононуклеоз. Наиболее неприятный побочный эффект применения клофазимицина – окрашивание кожи в тона от красного до коричневого и пурпурного.

Развитие тяжелой реакции I типа требует назначения преднизолона по 40-80 мг в день. Легкие реакции II типа лечатся аспирином, нестероидными противовоспалительными препаратами и покоем. Более тяжелые реакции II типа можно купировать назначением 400 мг талидомида на ночь. Талидомид нельзя назначать женщинам детородного возраста в связи с выраженным тератогенным эффектом. При отсутствии талидомида реакции II типа лечатся преднизолоном, 40-80 мг в день.

Эффективность противолепрозного лечения оценивают по скорости регресса клинических проявлений заболевания, а также по результатам бактериоскопического контроля за динамикой количества возбудителя в очагах поражения, изменением его морфологии и по результатам гистологического исследования.

**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. Вакцинацию БЦЖ в целях профилактики лепры следует признать целесообразной.

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

## **8. Вопросы по теме 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.

**9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

Правильный ответ:1

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

Правильный ответ:3

3. БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ (ПК-5):

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

Правильный ответ:2

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

Правильный ответ:5



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
- Правильный ответ:4

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
- Правильный ответ:5

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
- Правильный ответ:5

8. БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ (ПК-5):

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

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

Правильный ответ:2

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ СИМПТОМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, 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

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ:3

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

Правильный ответ:5

#### **10. Ситуационные задачи по темес эталонами ответов.**

##### **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 распадались с образованием язв. 3 месяца назад больная отметила поражение мышц и костей кистей обеих рук.

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

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже лица, туловища и верхних конечностей имеются многочисленные узлы размером с лесной орех, синюшно – красного цвета, а также язвы неправильной формы с подрытыми краями. Вокруг высыпаний отмечается

нарушение болевой, температурной и тактильной чувствительности. Лицо больной грустное, мимика отсутствует.

Имеется атрофия мелких костей пальцев рук.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?
3. Этиология и патогенез заболевания
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
5. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?

#### **Ответ к задаче №1**

1. Лепра, лепроматозный тип.

2. Для распознавания лепры больной должен быть раздет и методически осмотрен. Необходимо тщательно осмотреть весь кожный покров, видимые слизистые оболочки, определить состояние лимфатических узлов и крупных нервных стволов, обязательно проверить состояние различных видов чувствительности (снижение и исчезновение чувствительности на отдельных участках кожного покрова, парестезии, нерезко выраженные контрактуры V, IV и III пальцев рук, начинающаяся атрофия мышц, пастозность кистей и стоп, стойкие поражения слизистой оболочки носа и др), произвести риноскопическое и, если потребуются, офтальмологическое и ларингоскопическое исследования.

Диагноз лепры обычно ставится при обнаружении анестезии кожи, утолщенных поверхностных нервов и всегда должен быть подтвержден обнаружением *M. Leprae* в коже (гистологические исследования, бактериоскопические исследования - соскоб со слизистой носа).

Вспомогательные тесты: гистаминовая проба, проба уколком иглой, проба на потоотделение, феномен «воспламенения», посев на искусственных питательных средах, прививка кусочков ткани морским свинкам, проверка пилomotorной реакции, проверка дермографизма, лепроминовая проба (реакция Мицуды).

3. Возбудителем лепры является *Micobacterium leprae*. Эти спирто- и кислотоустойчивые бациллы, размеры которых варьируют от 1,5 до 6,0  $\mu$  длины и от 0,2 до 0,4  $\mu$  ширины, в свежих лепромах имеются в колоссальном количестве, часто располагаясь в виде компактных скоплений – шаров (*globi*), диаметр которых может достигать до 200  $\mu$ . Такие шары обычно бывают окружены не воспринимающей окраску прозрачной оболочкой – *gloea*. Иногда в теле бацилл видна мелкая зернистость, свидетельствующая, по мнению большинства, о дегенеративных изменениях. Нередко, наряду с типичными кислотоустойчивыми формами, обнаруживаются распавшиеся на отдельные зерна и кислотоподатливые формы. Микобактерии лепры близки по своим свойствам к туберкулезным, но неспособны к росту на искусственных питательных средах.

Из организма человека, страдающего лепроматозным типом проказы, бациллы могут выделяться через кожу (распавшиеся лепромы), через слизистую верхних дыхательных путей (нос, глотка, гортань, рот), особенно при наличии здесь специфических поражений.

Многие годы считалось, что лепра передается при длительном контакте кожи с кожей – к примеру, между родителями и детьми. Хотя путь передачи до сих пор остается

неясным, полагают, что скорее всего *M. leprae* передается назореспираторным путем. Дети и молодые люди наиболее чувствительны к заражению. Только у 5% взрослых, входящих в группу риска (например, супруги заболевших), развивается лепра. До 60% детей заболевают, если у их родителей проказа. Микобактерии могут находиться и в грудном молоке; кроме того, некоторые данные позволяют предположить, что инфекция передается через плаценту.

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

4. С лейшманиозом, хронической язвенной пиодермией, кожной формой сибирской язвы, сирингомиелией, с розеолезными, папулезными, гуммозными, бугорковыми сифилидами, туберкулезной волчанкой, псориазом, розовым лишаем Жибера, витилиго, узловатой эритемой, саркоидозом.

5. Нарушение термической, болевой и тактильной чувствительности.

### **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?

### **Ответ к задаче №2**

1. Лепра, туберкулоидный тип.
2. Для распознавания лепры больной должен быть раздет и методически осмотрен. Необходимо тщательно осмотреть весь кожный покров, видимые слизистые оболочки, определить состояние лимфатических узлов и крупных нервных стволов, обязательно проверить состояние различных видов чувствительности (снижение и исчезновение чувствительности на отдельных участках кожного покрова, парестезии, нерезко выраженные контрактуры V, IV и III пальцев рук, начинающаяся атрофия мышц, пастозность кистей и стоп, стойкие поражения слизистой оболочки носа и др), произвести риноскопическое и, если потребуется, офтальмологическое и ларингоскопическое исследования.

Диагноз лепры обычно ставится при обнаружении анестезии кожи, утолщенных поверхностных нервов и всегда должен быть подтвержден обнаружением *M. leprae* в

коже (гистологические исследования, бактериоскопические исследования - соскоб со слизистой носа).

Вспомогательные тесты: гистаминовая проба, проба уколом иглой, проба на потоотделение, феномен «воспаменения», посев на искусственных питательных средах, прививка кусочков ткани морским свинкам, проверка пиломоторной реакции, проверка дермографизма, лепроминовая проба (реакция Мицуды).

3. Возбудителем лепры является *Micobacterium leprae*. Эти спирто- и кислотоустойчивые бациллы, размеры которых варьируют от 1,5 до 6,0  $\mu$  длины и от 0,2 до 0,4  $\mu$  ширины, в свежих лепромах имеются в колоссальном количестве, часто располагаясь в виде компактных скоплений – шаров (*globi*), диаметр которых может достигать до 200  $\mu$ . Такие шары обычно бывают окружены не воспринимающей окраску прозрачной оболочкой – *gloea*. Иногда в теле бацилл видна мелкая зернистость, свидетельствующая, по мнению большинства, о дегенеративных изменениях. Нередко, наряду с типичными кислотоустойчивыми формами, обнаруживаются распавшиеся на отдельные зерна и кислотоподатливые формы. Микобактерии лепры близки по своим свойствам к туберкулезным, но неспособны к росту на искусственных питательных средах.

Из организма человека, страдающего лепроматозным типом проказы, бациллы могут выделяться через кожу (распавшиеся лепромы), через слизистую верхних дыхательных путей (нос, глотка, гортань, рот), особенно при наличии здесь специфических поражений.

Многие годы считалось, что лепра передается при длительном контакте кожи с кожей – к примеру, между родителями и детьми. Хотя путь передачи до сих пор остается неясным, полагают, что скорее всего *M. leprae* передается назореспираторным путем. Дети и молодые люди наиболее чувствительны к заражению. Только у 5% взрослых, входящих в группу риска (например, супруги заболевших), развивается лепра. До 60% детей заболевают, если у их родителей проказа. Микобактерии могут находиться и в грудном молоке; кроме того, некоторые данные позволяют предположить, что инфекция передается через плаценту.

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

4. С папулезными, гуммозными, бугорковыми сифилидами, туберкулезной волчанкой, псориазом, витилиго, саркоидозом, сирингомиелией, красным плоским лишаем.

5. Нарушение термической, болевой и тактильной чувствительности.

### **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?

### **Ответ к задаче №3**

1. Лепра, лепроматозный тип.
2. Для распознавания лепры больной должен быть раздет и методически осмотрен. Необходимо тщательно осмотреть весь кожный покров, видимые слизистые оболочки, определить состояние лимфатических узлов и крупных нервных стволов, обязательно проверить состояние различных видов чувствительности (снижение и исчезновение чувствительности на отдельных участках кожного покрова, парестезии, нерезко выраженные контрактуры V, IV и III пальцев рук, начинающаяся атрофия мышц, пастозность кистей и стоп, стойкие поражения слизистой оболочки носа и др), произвести риноскопическое и, если потребуется, офтальмологическое и ларингоскопическое исследования.

Диагноз лепры обычно ставится при обнаружении анестезии кожи, утолщенных поверхностных нервов и всегда должен быть подтвержден обнаружением *M. Leprae* в коже (гистологические исследования, бактериоскопические исследования - соскоб со слизистой носа).

Вспомогательные тесты: гистаминовая проба, проба уколком иглой, проба на потоотделение, феномен «воспламенения», посев на искусственных питательных средах, прививка кусочков ткани морским свинкам, проверка пиломоторной реакции, проверка дермографизма, лепроминовая проба (реакция Мицуды).

3. Возбудитель - *Mycobacterium leprae* представляет собой кислотоустойчивую палочковидную бактерию, относящуюся к семейству *Mycobacteriaceae*. Микроорганизм устойчив во внешней среде. Возбудители лепры являются внутриклеточными паразитами макрофагов. Длительный инкубационный период связан с низкой скоростью роста микроорганизмов. Лепра является высококонтагиозным, но низкопатогенным заболеванием. Часто встречается субклиническая инфекция. Доказана генетическая предрасположенность к заболеванию. Основным путем передачи считается воздушно-капельный. Входные ворота – слизистая оболочка верхних дыхательных путей.

Иммунитет при лепре носит клеточный характер, он минимален при лепроматозной и диморфной лепре и максимален у больных туберкулоидной лепрой.

4. С лейшманиозом, сирингомиелией, с розеолезными, папулезными, бугорковыми сифилидами, туберкулезной волчанкой, псориазом, красным плоским лишаем, витилиго, токсической эритемой, красной волчанкой
5. Больной должен получать лечение в лепрозории.

Основными препаратами для лечения лепры являются дапсон, рифампин (рифампицин), клофазимин и этионамид. Из этих препаратов только рифампин обладает бактерицидным действием. В США рекомендуется следующее лечение при

леpromатозной лепре: дапсон – 100 мг в день всю жизнь и рифампин – 600 мг в день в течение 3 лет; при туберкулоидной лепре: дапсон – 100 мг в день в течение 5 лет.

ВОЗ, учитывая существующую резистентность к дапсону, рекомендует использовать для лечения lepromатозной лепры три препарата, ограничив срок лечения пятью годами: дапсон – 100 мг в день, рифампицин – 600 мг в месяц (учитывая высокую стоимость лекарства) и клофазимин – 300 мг в день. Туберкулоидная лепра лечится с помощью дапсона – 100 мг в день и рифампицина – 600 мг в месяц в течение 6 месяцев. Эффективность противолепрозного лечения оценивают по скорости регресса клинических проявлений заболевания, а также по результатам бактериоскопического контроля за динамикой количества возбудителя в очагах поражения, изменением его морфологии и по результатам гистологического исследования.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Пальпация, граттаж кожи.
2. Диаскопия сыпи.
3. Определение тургора и эластичности кожи.
4. Исследование тактильной, болевой и температурной чувствительности.
5. Диагностические тесты с гистамином, горчичником, нитиновой кислотой, УФО.
6. Проведение лепроминовой пробы. ( реакция Мицуды)

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

- 1.Современные данные об этиологии и эпидемиологии лепры.
2. Диагностика лепры.
3. Методы лечения больных с лепрой.
4. Алгоритм обследования больных с лепрой.
5. Характеристика клинических форм лепры

### 13. 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
<b>Основная литература</b>					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014	3	
<b>Дополнительная литература</b>					
1.	Кожные и венерические	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практичес	1	

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
	болезни : учебник		Красноярская медицина, 2015.		
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	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»**

**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»**

**2. Форма организации учебного процесса:** клиническоепрактическое занятие

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 3. Значение 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.

#### 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;

#### 4. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

#### 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

#### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**(540 мин. - 12 академических часов).

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащённость
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г) интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## 8. Аннотация (краткое содержание 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 цитолиза (моллюск контагиозный).

**Герпесвирусная инфекция:** ВПГ1, ВПГ2, ВОГ, ВЭБ, ЦМВ, ВГЧ 6, 7, 8 типов.

ВПГ 1, 2 типов вызывают простой пузырьковый лишай в различной локализации, неонатальный герпес.

ВВЗ (ВОГ) – ветряная оспа, опоясывающий герпес.

ВЭБ - инфекционный мононуклеоз, назофарингеальная карцинома, лимфома Беркитта.

ЦМВ - врожденные поражения ЦНС, ретинопатии, пневмониты, гепатиты, сиалодевит.

ВГЧ 6, 7 типы – лимфотропные вирусы (связь с внезапной экзантемой и синдромом хронической усталости).

ВГЧ 8 – саркома Капоши у ВИЧ-серонегативных людей, ассоциированная с ВИЧ-инфекцией и СПИДом.

## 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. При остром инфекционном процессе в восприимчивых клетках вирус интенсивно репродуцируется, в результате чего пораженные клетки погибают и высвобождаются дочерние вирионы. Различают I и II типы ВПГ – возбудителей негенитальных и генитальных форм заболевания. Герпетическая инфекция чаще проникает через кожу и слизистые оболочки при поцелуях, интимной близости с больным или вирусоносителем, при контакте с инфицированным материалом и воздушно-капельным путем. Через кожу и слизистые оболочки вирус внедряется в лимфатическую систему, регионарные

лимфатические узлы, кровь и внутренние органы, распространяясь в организме гематогенно и по нервным волокнам. Накапливаясь в регионарных спинальных и черепно-мозговых ганглиях. ВПГ находится там длительно в латентном состоянии. После инфицирования в организме образуются антитела к ВПГ. Титры их увеличиваются в течение 4–5 нед и затем сохраняются на всю жизнь на примерно постоянном уровне независимо от того, имеет ли инфекция латентную или манифестную форму. Сформировавшиеся в крови специфические антитела не предупреждают рецидивов болезни, но способствуют более мягкому их течению. У большинства больных герпетическая инфекция протекает без выраженных клинических симптомов, нередко принимая латентную форму вирусоносительства. Под воздействием различных факторов латентная инфекция активизируется и приводит к развитию клинического рецидива. Степень выраженности клинических симптомов зависит от состояния клеточного и гуморального иммунитета организма хозяина, чем и объясняется многообразие клинических форм. Под влиянием специфических и неспецифических факторов защиты у ряда больных происходит сдерживание активации вируса, приводящее к удлинению ремиссии. Инкубационный период составляет 1-2 дня. В иммунной защите ведущая роль принадлежит Т-клеточным механизмам иммунитета и интерферонаобразующей функции лейкоцитов.

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

Излюбленная локализация – губы, нос. Тяжело заболевание протекает у новорожденных, так как из-за гематогенной диссеминации могут поражаться внутренние органы и ЦНС. При первичной инфекции одним из клинических проявлений может быть острый герпетический стоматит. Инкубационный период составляет 1– 8 дней, затем появляются озноб, температура 39–40°С, головная боль, недомогание, сонливость. В полости рта на внутренней поверхности губ, языка, реже на мягком и твердом небе, небных дужках и миндалинах появляются группы пузырьков на отечно-гиперемированном фоне. Пузырьки лопаются, образуются болезненные эрозии с остатками отслоившегося эпителия. Регионарные подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны, на коже вокруг рта могут возникать рассеянные пузырьки. У ослабленных детей вирус поражает печень, селезенку и другие органы и приблизительно в 25% случаев приводит к легальному исходу.

**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. Рецидивам заболевания предшествуют продромальные явления: жжение, покалывание, зуд и др. Характерные сгруппированные пузырьки размером 1,5–2 мм появляются на фоне эритемы, их прозрачное содержимое мутнеет, иногда может становиться геморрагическим. Сыпь чаще проявляется единичными очагами, состоящими из 3–5 сгруппированных пузырьков, затем они разрываются и образуют болезненную эрозию с фестончатыми контурами. Дно ее мягкое, гладкое, красноватое, поверхность влажная. При вторичном

инфицировании гнойничковой флорой или раздражении эрозия превращается в поверхностную язвочку с уплотненным дном и небольшим отеком по периферии. Возникает регионарный лимфаденит, лимфатические узлы умеренно болезненны. Содержимое пузырьков может ссыхаться в буро-желтые толстые корки, покрывающие эрозивную поверхность. На месте заэпителизовавшихся эрозий остаются медленно исчезающие красновато-буроватые пятна. Высыпания разрешаются в течение 10–14 дней. Длительность рецидива увеличивается при осложнении процесса вторичной пиогенной инфекцией.

**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 орогенитальном контакте, при наличии у партнера простого герпеса лица, а также бытовым путем через средства личной гигиены. От 5 до 30% первичных эпизодов генитального герпеса вызывается ВПГ-1; рецидивирующее течение более характерно для инфекции, вызванной ВПГ-2. Риск неонатального инфицирования от матери высок (30–50%), если она заразилась генитальным герпесом незадолго до родов, и низок у женщин, которые заразились генитальным ВПГ в первую половит беременности (около 3%). Вирусемия во время беременности бывает причиной гибели плода, вызывая до 30% спонтанных абортов на ранних сроках беременности и более 50% поздних выкидышей.

Клинически генитальный герпес проявляется рецидивами спонтанно инволюционирующих в сроки от 5 до 7 дней мелких сгруппированных пузырьков, эрозий и язвочек, сопровождающихся зудом, жжением и болью в области половых органов.

### **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.

В случае заражения вирусом герпеса 3-го типа источником инфицирования является человек, больной ветряной оспой или опоясывающим герпесом. Заразным является человек в конце инкубационного периода до момента отпадения корочек. Особенно высока реализация заражения в первые 7 дней от начала высыпаний.

Основными путями передачи являются воздушно-капельный, контактный и парентеральный. Возможна передача инфекции от матери плоду (вертикальный путь).

Это происходит в том случае, если женщина во время беременности болеет ветряной оспой. Инфицирование ВГ-3 происходит в первые 6-8 лет жизни ребенка. Инфекция манифестирует в детском возрасте и у 90% пациентов проявляется в виде ветряной оспы, после нее остается стойкий пожизненный иммунитет. При снижении иммунитета в пожилом возрасте и на фоне тяжелых заболеваний развивается возвратная инфекция в виде опоясывающего герпеса. В дальнейшем рецидивы опоясывающего герпеса не возникают или возникают крайне редко.

Патогенетические механизмы инфекции, вызванной ВОГ и ВПГ, схожи. При первичном инфицировании ВГ-3 адсорбируется на эпителиоцитах верхних дыхательных путей и прикрепляется к рецепторам цитоплазматической мембраны. После этого следует ряд изменений: вирус проникает в эпителиоциты, реплицируется и транспортируется на поверхность клетки. Реализуется и цитотоксический эффект, и вирусемия. После периода вирусемии вирус проникает в клетки чувствительных ганглиев преимущественно лицевого, тройничного и межреберных нервов. В дальнейшем под воздействием факторов, снижающих иммунитет, происходит реактивация и репликация вируса. Вирус достигает по аксонам определенных участков кожи и слизистых оболочек и вновь оказывает цитотоксический эффект на эпителиоциты. Противовирусные антитела, которые вырабатываются при первичном инфицировании, предохраняют человека в дальнейшем от экзогенного проникновения вируса и возникновения ветряной оспы.

В клинической картине опоясывающего герпеса есть ряд особенностей. В отличие от простого, опоясывающим герпесом болеют люди среднего и старшего возраста, перенесшие ранее ветряную оспу. Болезнь начинается остро или с продромальных явлений. Затем присоединяются интенсивные жгучие боли, возникающие по ходу чувствительного нерва (признаки неврита из-за распространения вируса по периневральным пространствам). Боли усиливаются при движении, охлаждении, прикосновении к коже и носят моностеральный характер. Они могут симулировать в некоторых случаях инфаркт миокарда, почечную и печеночную колику и др. Вскоре на коже по ходу нерва возникают отечные гиперемированные пятна, на фоне которых появляются типичные герпетические высыпания: сгруппированные везикулы, наполненные серозным содержимым. После разрешения проявлений на коже (одна-три недели), неврологические боли могут сохраняться еще несколько месяцев.

Выделяют локализованную, распространенную и генерализованную формы опоясывающего герпеса. Из локализованных форм опоясывающего герпеса чаще встречается форма, протекающая с поражением межпозвоночных ганглиев грудного и поясничного отделов, реже с поражением ганглия тройничного нерва, так называемая офтальмологическая форма опоясывающего герпеса, и с поражением коленчатого узла лицевого нерва. Типичным для офтальмологической формы является моностеральное поражение кожи и слизистых оболочек. Пациента беспокоят светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, выраженные невралгические боли, которые могут распространяться на всю область лица, шею, волосистую часть головы. В этом случае опасность представляют пузырьковые высыпания на роговице, в результате чего возникает кератит с последующим образованием рубцов и снижением остроты зрения. При поражении глазной ветви тройничного нерва выделяют синдром Бернара-Хорнера, который сопровождается энтофтальмом, миозом, сужением глазной щели. При поражении коленчатого узла лицевого нерва развивается так называемая ушная форма



опоясывающего герпеса. Высыпания появляются на коже ушной раковины, в наружном слуховом проходе, присоединяется парез лицевого нерва. Для глазной и ушной форм характерен выраженный болевой синдром и симптомы интоксикации. Высыпания, которые локализуются не только по ходу пораженного нерва, но и на других участках кожи и слизистых оболочек определяют распространенную форму, которая отмечается при иммунодепрессии.

### **Лечение.**

При простом герпесе применяют противовирусные препараты: ацикловир, валтрекс, фамцикловир. Ацикловир назначают внутрь по 200 мг 5 раз на 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. Новорожденным с признаками первичного простого герпеса назначают ацикловир по 30–60 мг/кг/сут в течение 10–14 дней. Ацикловир и его аналоги (зовиракс, виroleкс) рекомендуют также беременным как терапевтическое и профилактическое средство при неонатальной инфекции. Лечение рецидивирующего простого герпеса более рационально проводить в сочетании с лейкоцитарным человеческим интерфероном (на курс 3–5 инъекций),  $\alpha 2$ -интерфероном – реафероном, вифероном, индукторами экзогенного интерферона. В межрецидивный период показаны повторные циклы противогерпетической вакцины, которую вводят внутрикожно по 0,2 мл через 2–3 дня, на цикл 5 инъекций; циклы повторяют не реже 2 раз в год. При выраженном подавлении Т-клеточного звена иммунитета могут быть назначены иммуностимулирующие препараты (тактивин, тимоптин, продигозан, леакадин, зимозан, кутизол, нуклеинат натрия).

Наружно при герпетической инфекции используют 0,25–0,5% бонафтоновую; 1% теброфеновую; 1% флориналевою; 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. Для устранения отека нервов рекомендуются салицилаты, диакарб. Коррекция микрососудистых нарушений и внутрисосудистой коагуляции осуществляется курантилом. Используются также ганглиоблокаторы – ганглерон (пахикарпин), противовирусный гамма-глобулин, витамины В1, В6, аскорбиновая кислота, биогенные стимуляторы (спленин, стекловидное тело). Из физиотерапевтического лечения предпочтительны диатермия, токи Бернара, гелий-неоновый или инфракрасный лазер. Наружно назначают противовирусные мази, эпителизирующие (солкосерил, дерматоловые) средства, анилиновые красители.

## **ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ**

Этиология. Папилломавирусы являются причиной различных бородавок. Относятся к семейству Паповавирусов (Papovaviridae), объединяющих группу ДНК-содержащих вирусов. Название семейства состоит из первых слогов названий вирусов,

составивших эту группу: па (ра) – вирус папилломы (papИо-та), по (ро) – 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. Все папилломавирусы могут играть роль онкогенов. Передача ВПЧ-инфекции происходит контактным путем непосредственно от человека к человеку и опосредованно – через предметы домашнего обихода, а также путем аутоинокуляции. Считается, что инкубационный период может составлять от нескольких месяцев до нескольких лет. Большое значение в развитии всех видов бородавок имеет активность иммунной системы, особенно ее клеточного звена.

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.

Бородавки плоские локализуются на лице и тыле кистей. Имеют вид плоских, мелких папул округлой формы, цвета нормальной кожи или желтовато-коричневого. Незначительно возвышаются над уровнем кожи, имеют гладкую поверхность.

Бородавки подошвенные локализуются на подошвенной поверхности стоп. Напоминают плотную мозоль сероватого цвета с центральным стержнем, который состоит из нитевидных дермальных сосочков, окруженных мощным валиком роговых наслоений. Часто болезненны при ходьбе.

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. Это одиночные или множественные сосочковые разрастания на тонкой ножке, имеющие мягкую консистенцию. На слизистых оболочках цвет розовый или белесоватый. На коже цвет варьирует от телесного до красно-коричневого (в зависимости от кровенаполнения сосудов сосочков и пигментации).

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. Представляют собой плоские округлые папулы до 2 см в диаметре, склонные к слиянию, без тенденции к регрессу, покрытые серовато-черными роговыми массами, пропитанными кожным салом (особенно характерно для вируса ВПЧ-4). При этом варианте бородавок часто происходит злокачественная трансформация.

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. Зависимость инфицирования от наличия микротравм не установлена.

Дети до года болеют редко, возможно, из-за приобретенного от матери иммунитета и длительного инкубационного периода. Наиболее распространено заболевание в слабо развитых странах с жарким климатом, чему способствуют высокая плотность проживания, несоблюдение элементарных норм личной гигиены. Этими же факторами объясняется распространение заболевания в семьях. Возможен половой путь передачи. Согласно многочисленным наблюдениям, контагиозный моллюск чаще встречается у пациентов, страдающих атопическим дерматитом и экземой. Это обусловлено как снижением реактивности кожи, так и длительным применением топических стероидов. Необычайно распространенные высыпания были отмечены у пациентов с саркоидозом, у больных, получающих иммуносупрессивную терапию, а также у ВИЧ-инфицированных лиц. Таким образом, клеточно-опосредованный иммунитет имеет большое значение в возникновении и развитии инфекционного процесса.

Патогенез и патоморфологическая картина. Звенья патогенеза изучены не-достаточно, однако решающую роль играет нарушение эпидермального фактора роста. Вирус внедряется в кератиноциты базального слоя эпидермиса и значительно увеличивает темпы деления клеток. Затем в шиповатом слое идет активное накопление вирусной ДНК. В результате – формируется узелок, в центре которого происходит деструкция и разрушение клеток эпидермиса, при этом клетки базального слоя не затрагиваются. Таким образом, центральная часть узелка представлена детритом, содержащим гиалиновые тела (тела моллюска) диаметром около 25 мк, которые, в свою очередь, содержат массы вирусного материала. Воспалительные изменения в дерме незначительные или отсутствуют, однако в случае длительно существующих элементов могут быть представлены хроническим гранулематозным инфильтратом. Существует мнение, что подобные изменения могут быть вызваны выбросом в дерму содержимого папул. Роль гуморального иммунитета в развитии инфекционного процесса достоверно не установлена и, вероятно, более важен клеточно-опосредованный иммунитет.

Клиническая картина. Инкубационный период составляет от 14 дней до 6 месяцев. Высыпания представлены блестящими перламутрово-белыми полусферическими папулами с пупкообразным вдавлением в центре. Медленно увеличиваясь в размерах, папула может достичь в диаметре 5-10 мм за 6-12 недель. При солитарном поражении диаметр папулы достигает значительных размеров. Бляшки, состоящие из

множественных слившихся узелков, встречаются редко. После травмы или спонтанно через несколько месяцев папулы могут нагнаиваться и изъязвляться. Обычно, просуществовав 6-9 месяцев, высыпания самопроизвольно разрешаются, но некоторые сохраняются до 3-4 лет.

Высыпания локализуются чаще на шее, туловище, особенно в области подмышечных впадин, за исключением инфекции, передающейся половым путем, когда обычно затрагивается аногенитальная область. Кроме того, встречаются единичные высыпания в области лица, особенно на веках. Элементы контагиозного моллюска также могут локализоваться на волосистой части головы, на губах, языке, слизистой оболочке щек, на любом участке кожного покрова, включая атипичную локализацию – кожу подошв.

У ВИЧ-инфицированных лиц высыпания множественные, локализуются преимущественно на лице и резистентны к традиционной терапии.

Диагностика основывается на характерной клинической картине. Микроскопическое исследование содержимого узелка уточняет диагноз. Кроме того, можно использовать электронную микроскопию и гистологическое исследование.

Контагиозный моллюск необходимо дифференцировать от бородавок, пиогенной гранулемы, кератоакантомы, эпителиомы, а у ВИЧ-инфицированных лиц – от кожного криптококкоза.

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.

## **8. Вопросы по теме 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.

## **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

Правильный ответ: 5

### **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

Правильный ответ: 1

3. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРОСТОГО ПУЗЫРЬКОВОГО ЛИШАЯ ОТНОСЯТСЯ (ПК-1, ПК-6, ПК-9):

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

Правильный ответ: 2

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

Правильный ответ: 1

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

Правильный ответ: 4

6. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОСТОГО И ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА ПРИМЕНЯЮТ (ПК-6, ПК-9):

- 1) синаflan
- 2) линимент госсипола
- 3) ихтиоловую мазь
- 4) серную мазь
- 5) мЕдифокс

Правильный ответ: 2

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

Правильный ответ: 2

8. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕСОМ (ПК-5, ПК-6, ПК-9):

- 1) интерферон
- 2) поливалентная герпетическая вакцина
- 3) пирогенал
- 4) иммуноглобулин
- 5) левамизол

Правильный ответ: 2

9. К ПРОТИВОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ (ПК-6):

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

Правильный ответ: 2

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

Правильный ответ: 2

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

Правильный ответ: 3

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

Правильный ответ: 1

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
- Правильный ответ: 2

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
- Правильный ответ: 5

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
- Правильный ответ: 2

16. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ПОЯВЛЕНИЮ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК, ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6):

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

**10. Ситуационные задачи по тематическим эталонам ответов.**

**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

### Ответ к задаче № 1

1. Плоские бородавки.

2. Папилломавирусы являются причиной различных бородавок. Относятся к семейству Паповавирусов (Papovaviridae), объединяющих группу ДНК-содержащих вирусов. Название семейства состоит из первых слогов названий вирусов, составивших эту группу: па (ра) – вирус папилломы (papИо-та), по (ро) – вирус полиомы (poliома), ва (ва) – 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. Все папилломавирусы могут играть роль онкогенов. Передача ВПЧ-инфекции происходит контактным путем непосредственно от человека к человеку и опосредованно – через предметы домашнего обихода, а также путем аутоинокуляции. Считается, что инкубационный период может составлять от нескольких месяцев до нескольких лет. Большое значение в развитии всех видов бородавок имеет активность иммунной системы, особенно ее клеточного звена.

3. С верруциформной эпидермодисплазией, фолликулярным дискератозом, красным плоским лишаем.

4. Общая терапия

- противовирусная или этиологическая терапия

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

Местная терапия:

-противовирусная наружная терапия.

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

-цитотоксические препараты: кондилилин, подофиллотоксин, филлотоксин, 5-фторурацил.

5. Rp.: Ung. «Aciclovir» 5% 5,0

D.S. Наносить на пораженную кожу 5 раз в день

Rp.: Ung. Tebropheni 5% 30,0



D.S. Смазывать очаг поражения 3 раза в день

Rp.: Solcodermi 0,2

D.S. Наносить на пораженную поверхность с помощью аппликатора однократно.

Rp.: Sol. Podophyllinispirituosae 25% 50,0

D.S. Смазывать участки поражения 1 раз в день

### **Задача №2**

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

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

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

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

### **Ответ к задаче № 2**

1. Вульгарные бородавки.
  2. Вирус папилломы человека–2 является причиной вульгарных бородавок. Передача инфекции происходит контактным путем непосредственно от человека к человеку и опосредованно – через предметы домашнего обихода. Большое значение в развитии всех видов бородавок имеет активность иммунной системы, особенно ее клеточного звена.
  3. С верруциформной эпидермодисплазией, фолликулярным дискератозом, красным плоским лишаем.
  4. Общая терапия
    - противовирусная или этиологическая терапия
    - патогенетическая терапия, направленная на повышение иммунной защиты организма (иммуномодулирующая терапия).Местная терапия:
    - противовирусная наружная терапия.
    - наружные деструктивные методы (криодеструкция, электротермока-устика, лазерная деструкция, воздействие растворами кислот и т. д.), кюретаж.
    - цитотоксические препараты: кондилилин, подофиллотоксин, филлотоксин, 5-фторурацил.
  5. Rp.: Ung. «Aciclovir» 5% 5,0
- D.S. Наносить на пораженную кожу 5 раз в день

Rp.: Ung. Tebropheni 5% 30,0

D.S. Смазывать очаг поражения 3 раза в день

Rp.: Ung. Riodoxoli 1% 30,0

D.S. Смазывать очаги 3 раза в день тонким слоем

Rp.: Solcodermi 0,2

D.S. Наносить на пораженную поверхность с помощью аппликатора однократно.

Rp.: Resorcini 0,3

Ac. salicylici 0,6

Hydrargyri oxydi flavi 1,2

PastaeZinci 30,0

M.f. pasta

D.S. Смазывать очаги поражения однократно.

Rp.: Sol. Podophyllinispirituosae 25% 50,0

D.S. Смазывать участки поражения 1 раз в день

### Задача №3

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

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

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

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

### Ответ к задаче №3

1. Контагиозный моллюск.

2. Контагиозный моллюск – доброкачественное, вирусное заболевание кожи и слизистых оболочек.

3. Причиной является ДНК-вирус из семейства поксвирусов, который инфицирует только людей. Распространение происходит по коже путем аутоинокуляции и передается другим через контакты кожи с кожей. Поражаются главным образом дети, сексуально активные взрослые и лица с иммунодефицитом.

У детей передача инфекции происходит при телесном контакте с больными или инфицированными предметами, при посещении бассейна.

У взрослых инфекция чаще всего передается половым путем.

4. С заболеваниями, при которых наблюдаются нарушения клеточно-опосредуемого иммунитета: атопическим дерматитом, верруциформной дисплазией и ВИЧ-инфекцией.

5.- общий анализ крови

- общий анализ мочи

- микроскопическое исследование (при нетипичной клинической картине)

- гистологическое исследование (при нетипичной клинической картине)

- ПЦР-диагностика (при нетипичной клинической картине)

- иммунологическое обследование (при торпидном течении заболевания, частых рецидивах)

#### **Задача №4**

На прием к врачу обратился мужчина 36 лет с жалобами на высыпания в полости рта. Беспокоит головная боль, общее недомогание и чувство жжения в области высыпаний. ИЗ АНАМНЕЗА. Четыре дня назад после переохлаждения больной почувствовал озноб, недомогание, расстройство сна. Появились пузырьковые высыпания на лице и в полости рта. Появление высыпаний сопровождалось чувством жжения и покалывания. Подобные высыпания больной отмечает в течение последних 3 –х лет, ежегодно - 2 раза в год

**ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС.** На коже лица у левого угла рта имеются сгруппированные пузырьки размером от 0,1 до 0,3см. Расположены пузырьки на фоне гиперемизированной и слегка отечной коже. Содержимое пузырьков – серозное. В полости рта (на небе и нижней десне слева) на фоне отечной 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

#### **Ответ к задаче № 4**

1. Герпетический стоматит.

2. Вирус простого герпеса относится к ДНК-содержащим вирусам. Источником заражения является инфицированный человек. При первичном инфицировании вирус адсорбируется на эпителиоцитах верхних дыхательных путей, проникает в эпителиоциты, реплицируется и транспортируется на поверхность клетки. Реализуется и цитотоксический эффект, и вирусемия. При снижении иммунитета наступают вторичные рецидивы простого герпеса.

3. С кандидозным стоматитом, эрозивной формой красного плоского лишая, красной волчанкой, афтозным стоматитом, бактериальной ангиной.

4. Терапия простого герпеса носит комплексный характер и включает в себя: этиотропное лечение (использование противовирусных препаратов); патогенетическое воздействие (иммунокорректирующие средства); симптоматическое лечение.

Длительность, интенсивность и объем курса терапии определяются клинической формой заболевания и тяжестью его течения, частотой рецидивов.

При возникновении рецидивов 1 раз в 6 месяцев реже, локализованном поражении кожи или слизистых оболочек и отсутствии общих симптомов показаны: местная и, возможно, общая терапия с использованием противогерпетических препаратов.

Наружная этиотропная терапия – ацикловир в форме 5% крема, теброфен – мазь 2-3-5%, и др. Наряду с этим показано применение водных и спиртовых растворов анилиновых красителей.

Целесообразно использовать средства патогенетической и симптоматической терапии – интерфероны (виферон, интерфероновая мазь 50% и др.); индукторы интерферона (циклоферон, мегасин, госсипол и др.); при необходимости – анальгетики; при выраженном экссудативном компоненте – нестероидные противовоспалительные средства (вольтарен, индометацин) курсом 7 дней. В комбинации с вышеперечисленными препаратами назначают антиоксиданты – витамины Е, С.

При возникновении рецидивов 1 раз в 3 месяца и чаще, распространенном поражении кожи и слизистых оболочек, выраженных общих проявлениях показана этапная терапия.

I этап – лечение в острый период болезни (рецидив).

Этиотропное звено терапии – противогерпетические препараты (внутривенно, перорально, местно). Используют ацикловир, фамвир, алпизарин, флакозид. Эти препараты используют как перорально, так и парентерально и сочетают с противовирусными средствами наружного применения. Антивирусные химиопрепараты могут сочетаться с препаратами интерферона или его индукторами. Такие препараты, как тимоген, тималин и другие, в острую стадию не используются. Рекомендуются неспецифические иммуномодулирующие средства, природные антиоксиданты (дибазол, метилурацил, витамины Е и С) и растительные адаптогены. В случае выраженного экссудативного компонента показаны ингибиторы простагландинов (индометацин, вольтарен и др.). При поражении слизистой оболочки полости рта наряду с водными растворами анилиновых красителей, другими дезинфицирующими и вяжущими средствами используют наружные противовирусные средства.

II этап – терапия в стадии ремиссии, после стихания основных клинических проявлений.

Цель – закрепить положительный эффект проведенной в острой стадии терапии и подготовить пациента к вакцинации. Необходимо продолжить или повторить курс этиотропной терапии. Назначают иммуномодуляторы (возможно те же, что и в остром периоде), фитоадаптогены (элеутерококк, эхинацея, аралия, лимонник), при выраженной иммуносупрессии – гормоны тимуса коротким курсом. Проводят санацию очагов хронической инфекции.

III этап – специфическая профилактика рецидивов герпетической ширекции с использованием герпетических вакцин.

Используют живые, инактивированные или рекомбинантные противогерпетические вакцины в случае, если достигнута стойкая ремиссия (не менее 2 месяцев).

5. Проводят плановое клинико-лабораторное обследование пациентов (1 раз в 3-6 месяцев), лечение хронических процессов, коррекцию иммунологических нарушений.

Клинико-лабораторное обследование должно быть направлено на выяснение и коррекцию причин частых рецидивов. В некоторых ситуациях возникает необходимость консультации пациента у врачей смежных специальностей (терапевта, окулиста, невропатолога, ЛОР-врача и др.). В случае тяжелого течения заболевания, при частых рецидивах необходимо учитывать возможность формирования

ацикловиррезистентных штаммов ВПГ. Поэтому целесообразно выделение вируса и тестирование на чувствительность к противовирусным препаратам.

В связи с рецидивом заболевания больного необходимо направить на обследование к смежным специалистам с целью исключения сопутствующих заболеваний, в том числе и ВИЧ-инфекции, которые могут быть причиной иммунодефицитного состояния организма.

### **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

### **Ответ к задаче №5**

1. Опоясывающий лишай.
2. Вирус герпеса человека типа 3 (ВОГ) принадлежит к подсемейству альфагерпесвирусов, имеет тропность к эпителиоцитам и клеткам сенсорных ганглиев. Сенсорные ганглии являются резервуаром вируса. В случае заражения вирусом герпеса 3-го типа источником инфицирования является человек, больной ветряной оспой или опоясывающим герпесом. Заразным является человек в конце инкубационного периода до момента отпадения корочек. Особенно высока реализация заражения в первые 7 дней от начала высыпаний. Основными путями передачи являются воздушно-капельный, контактный и парентеральный. Возможна передача инфекции от матери плоду (вертикальный путь). Это происходит в том случае, если женщина во время беременности болеет ветряной оспой. Инфицирование ВГ-3 происходит в первые 6-8 лет жизни ребенка. Инфекция манифестирует в детском возрасте и у 90% пациентов проявляется в виде ветряной оспы, после нее остается стойкий пожизненный иммунитет. При первичном инфицировании ВГ-3 адсорбируется на эпителиоцитах верхних дыхательных путей и прикрепляется к рецепторам цитоплазматической мембраны. После этого следует ряд изменений: вирус проникает в эпителиоциты,

реплицируется и транспортируется на поверхность клетки. Реализуется и цитотоксический эффект, и вирусемия. После периода вирусемии вирус проникает в клетки чувствительных ганглиев преимущественно лицевого, тройничного и межреберных нервов. В дальнейшем под воздействием факторов, снижающих иммунитет, происходит реактивация и репликация вируса. Вирус достигает по аксонам определенных участков кожи и слизистых оболочек и вновь оказывает цитотоксический эффект на эпителиоциты. Противовирусные антитела, которые вырабатываются при первичном инфицировании, предохраняют человека в дальнейшем от экзогенного проникновения вируса и возникновения ветряной оспы.

3. Информативными являются выделение вируса из очага поражения с использованием клеточных культур и обнаружение вирусного антигена в биосубстратах с помощью реакции прямой иммунофлюоресценции. Серологические методы, такие как РСК, ИФА и другие имеют диагностическую ценность, если исследуют парные сыворотки с интервалом 7–10 дней, для выявления значимого повышения титра антител (в 4 раза и более). Используют полимеразную цепную реакцию. Однако в практике для диагностики чаще пользуются комплексом эпидемиологических, анамнестических и клинических показателей.

4. Этиотропная терапия – общее и наружное лечение противовирусными средствами. Общую терапию противовирусными препаратами начинают как можно раньше и продолжают до момента прекращения высыпаний.

Патогенетическая терапия включает препараты интерферона, иммуномодуляторы.

Симптоматическая терапия направлена на устранение болевого синдрома, вторичных гнойных осложнений (нестероидные противовоспалительные средства, антибиотики широкого спектра действия, анальгетики).

Медикаментозную терапию можно комбинировать с новокаиновой блокадой, сеансами диатермии паравerteбральных областей. Кроме того, применяют витамины группы В, витамин С, фитоадаптогены. В наружной терапии используют дезинфицирующие и эпителизирующие средства: спиртовые и водные растворы анилиновых красителей.

5. Rp.: Ung. «Ciclovir» 5% 5,0

D.S. Наносить на пораженную кожу 5 раз в день

Rp.: Ung. Tebropheni 2% 30,0

D.S. Смазывать очаг поражения 3 раза в день

Rp.: Ung. Oxolini 1% 15,0

D.S. Смазывать очаги 3 раза в день

Rp.: Ung. Interferoni 30% 10,0

D.S. Смазывать очаги 3 раза в день

## **11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Пальпация кожи, диаскопия элементов сыпи.
2. Удаление контагиозного моллюска;
3. Удаление бородавок, остроконечных кондилом, папиллом.

## **12. Примерная тематика НИР по теме.**

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.

### 13. 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
<b>Основная литература</b>					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
<b>Дополнительная литература</b>					
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:	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов	Красноярск : КрасГМУ, 2014		

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
	<a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804</a>				

### 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 учебного процесса:** клиническоепрактическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 3. Значение темы.

Знание клинических особенностей дерматитов необходимо дерматологам, учитывая очень большую распространенность этих заболеваний.

#### **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

**4.Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

**5.Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

**6.Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия**(540 мин.- 12 академических часов).

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащённость
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а)с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г)интерпретация лабораторных и

			дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## 7. Аннотация (краткое содержание темы).

### **ДЕРМАТИТЫ ПРОСТЫЕ И АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ**

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.

Патогенез. Физические факторы и ряд химических соединений при контакте с кожей действуют как облигатные безусловные раздражители, вызывая ее повреждение. Глубина поражения зависит от силы и времени воздействия фактора. При достаточной силе и длительности воздействия эти факторы вызывают поражения у любого человека. Такие дерматиты называют контактными простыми или искусственными.

Дерматит может развиваться вследствие аллергической реакции IV типа (ГЗТ) при повторных контактах с химическими веществами, к которым организм sensibilized. Такие дерматиты называют аллергическими.

### **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.

По остроте течения простые дерматиты разделяют на острые и хронические.

Для острогострого контактного дерматита характерна стадийность развития клинических проявлений. При небольшой силе и кратковременном воздействии облигатного раздражителя повреждение клеток кожи поверхностное, поэтому воспаление проявляется лишь эритемой и небольшим отеком – I стадия (степень) дерматита. Если поражающий фактор вызвал необратимое повреждение клеток всего эпидермиса, то клиническая картина характеризуется эритемой и крупными пузырями с серозным или серозно-геморрагическим содержимым – II стадия (степень) дерматита. При повреждении эпидермиса и дермы образуется некротический струп, что соответствует III стадии (степени) поражения. При повреждении всех слоев кожи, включая гиподерму, а также более глуболежащих тканей констатируют IV стадию простого дерматита.

Хронический простой контактный дерматит является следствием длительного воздействия на кожу слабых облигатных раздражителей и характерен

### **Простые дерматиты от воздействия механических факторов.**

Механические факторы – такие как трение и давление, могут вызывать потертость. Локализация потертости четко соответствует местам трения обуви, рабочих инструментов (профессиональные омололости на кистях рук у гитаристов, арфисток, плотников, токарей, гребцов, гимнастов и др.), ремней от рюкзаков, поясов и пр. При интенсивных потертостях возникает острый дерматит, как правило, I и II степени. Длительное слабое трение и давление на кожу приводит к хроническому простому дерматиту. Примером может служить гиперкератоз на пальцах от давления карандаша или ручки, гиперпигментация, лихенификация и шелушение кожи в зоне края нижней челюсти и шеи слева у скрипачей (хроническое давление музыкального инструмента).

Опрелость (dermatitis intertriginosa, intertrigo) развивается вследствие трения соприкасающихся поверхностей кожи в крупных и мелких кожных складках. Способствует развитию опрелости повышенная влажность этих зон (ожирение, потливость, выделения из половых путей, недержание мочи и кала, выделение гноя из язв, свищей, нарушение гигиены и пр.). У младенцев причиной опрелостей может быть недостаточное просушивание кожных складок после купания.

Клиническая картина опрелости характеризуется появлением эритемы соприкасающихся кожных поверхностей, в глубине складки могут быть поверхностные трещины, далее процесс может усугубляться нарастанием мацерации, отторжением рогового слоя эпидермиса и появлением болезненных поверхностных эрозий.

### **Дерматиты от воздействия высоких и низких температур.**

Поражение кожи высокими температурами при контакте с твердыми, жидкими и газообразными веществами называют ожогами, низкими температурами – отморожениями и озноблениями. Ожоги и отморожения I и II степени могут лечить дерматологи и хирурги. Больных с поражениями III и IV степени должны лечить хирурги в специализированных ожоговых центрах.

Особой разновидностью холодого поражения кожи является ознобление (pernio). Строго говоря, ознобление не является классическим простым дерматитом, так как в его патогенезе присутствуют как экзогенные, так и эндогенные факторы. Экзогенной причиной ознобления являются относительно низкие температуры окружающего воздуха, причем они могут быть даже слабо положительные или около 0° С. Такие температуры не вызывают отморожения, но,

сочетаясь с повышенной влажностью воздуха, у ослабленных людей (гиповитаминозы, вегетососудистая дистония, анемия и пр.) обуславливают патологическую сосудистую реакцию кожи открытых участков тела. Развитию озноблений способствует давление одежды, тесной обуви. У пациентов с озноблением наблюдается спазм артериальных сосудов, паретическое расширение венозных сосудов дермы, образование красновато-синюшных припухлостей с нечеткими контурами мягкой консистенции. Они вызывают чувство жжения, зуда, болезненности, особенно при резком согревании и растирании кожи. При длительном существовании озноблений местные трофические нарушения приводят к формированию субэпидермальных пузырей, при их вскрытии образуются болезненные, длительно незаживающие эрозии, которые могут осложняться вторичной инфекцией.

#### **Дерматиты от воздействия электрического тока.**

Повреждения кожи, вызванные электрическим током, как на месте контакта, так и на месте выхода тока, носят название «знаки тока». Они представляют собой твердые, немного возвышающиеся над поверхностью кожи коагуляционные струпы сероватого цвета. В месте контакта кожи с электропроводником в центре струпа можно видеть западение черноватой окраски. Характерно отсутствие болезненных ощущений в зоне повреждения. Острое воспаление тканей вокруг струпа отсутствует. Величина и геометрическая форма «знака тока» соответствует форме электропроводника, с которым произошел контакт. Важно отметить, что в зоне электротравмы сохраняются волосы, так как они не обладают способностью электропроводения. Это обстоятельство отличает электротравму от термического ожога III–IV степени. Нередко вокруг струпа обнаруживается отслойка эпидермиса, которая объясняется радиарным распространением тока в коже и быстрой гибелью базальной мембраны вокруг основного очага коагуляции тканей. Отторжение струпа и заживление язвы длится 1,5–2 месяца, формируется рубец. Столь медленное заживление, отсутствие островоспалительной реакции тканей обусловлено сильным электрополем вокруг прохождения тока, которое вызывает дегенеративные изменения в кровеносных сосудах и нервах.

#### **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.

Простые химические дерматиты разделяют на острые (протекают стадийно) и хронические.

Особенно тяжело протекают острые химические дерматиты от воздействия концентрированных кислот, щелочей, боевых отравляющих веществ, сопровождаются длительно незаживающими некрозами и язвами.

Среди лекарственных средств следует отметить горчичники, перцовый пластырь, которые накладывают на кожу специально для получения дерматита I степени (эритемы), которая выполняет роль рефлекторного воздействия на рецепторы внутренних органов (при радикулитных болях, бронхитах, приступах стенокардии и пр.). Простой контактный лекарственный дерматит развивается при длительном воздействии на кожу обычного липкого пластыря, концентрированной настойки йода (йодные соединения могут быть и аллергенами), этилового спирта, эфира. Для

предупреждения нежелательной воспалительной реакции в обычной медицинской практике наружно кратковременно применяют лишь слабые концентрации этих соединений: 0,5-1% настойка йода, 60-70% растворы этилового спирта для дезинфекции кожи при медицинских манипуляциях и 20-40% концентрации – при наложении компрессных повязок. При хроническом воздействии на кожу эти медицинские препараты способны вызвать хронический искусственный дерматит.

Биологические раздражающие факторы чаще обуславливают простые дерматиты в летнее время. Так, при контакте кожи человека с некоторыми растениями развивается дерматит I–II степени. Площадь дерматита соответствует площади контакта: на коже иногда как бы отпечатываются листья, стебли, цветы растений. К таким растениям относят крапиву, лютик луговой, молочай, борщевик и др. В народной медицине с раздражающей целью при радикулитах, артритах делают компрессы с листьями крапивы, лопуха и других растений, также приводящие к тяжелым дерматитам. При ползании некоторых гусениц на коже человека формируется полосовидный эритематозный дерматит. Отдыхающие на южных морских курортах нередко во время купания в море контактируют с некоторыми видами медуз, выделяющих жидкость с сильно раздражающими свойствами и обуславливающих эритемато-буллезный дерматит.

### **ФОТОДЕРМАТОЗЫ И ЛУЧЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ)**

#### **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.).

После однократного воздействия подпороговых доз инфракрасного излучения на открытых участках кожи развивается транзиторная сетчатая эритема. При хроническом воздействии тепловых лучей развивается стойкая эритема, телеангиэктазии, постепенно формируется гиперпигментация, атрофия эпидермиса. В запущенных случаях – стойкий меланоз, неравномерное окрашивание кожи.

#### **Поражения кожи, вызванные ультрафиолетовыми лучами(фотодерматозы)**

Ультрафиолетовое излучение (UV) может попадать на кожу естественным путем в составе солнечного света и при искусственном UV-облучении специальными лампами (медицинские фотарии и UV-лампы промышленного назначения).

Солнечный свет состоит из видимого света, инфракрасных и ультрафиолетовых лучей. По длине волны UV-спектр состоит из лучей А, В, С. Наиболее короткие лучи UVC имеют длину волны 200-290 нм, задерживаются озоновым слоем атмосферы и не попадают на поверхность Земли. Лучи UVB (290-320 нм) задерживаются обычным стеклом, проникают в кожу до сосочков дермы, индуцируют солнечную эритему, обладают канцерогенным действием. Длинноволновые ультрафиолетовые лучи UVA (320-400 нм) проникают через обычное стекло, в коже способны достигать ретикулярного слоя дермы, способствуют развитию большинства фотоаллергических реакций. UVA-лучи обладают незначительной канцерогенностью.

В коже человека присутствует много веществ, являющихся природными хромофорами, способными поглощать ультрафиолетовую радиацию. К ним относятся кератиновые белки, гемоглобин эритроцитов, меланин, нуклеиновые кислоты, липопропротеиды, порфирины, ароматические аминокислоты (тирозин, триптофан, гистидин). В результате избыточного поглощения этими природными хромофорами UVA и UVB развиваются фототравматические реакции, или солнечный дерматит (солнечный «ожог»), степень тяжести которого прямо пропорциональна интенсивности и времени воздействия UV-излучения на кожу. Несомненное значение имеет природный цвет кожи человека.

Выделяют также фотодинамические реакции кожи, обусловленные накоплением в коже фотосенсибилизаторов – веществ, повышающих ее чувствительность к ультрафиолету. Выделяют облигатные и факультативные фотосенсибилизаторы, которые могут быть экзо-, или эндогенными.

К облигатным экзогенным фотосенсибилизаторам относят твердые углеводороды нефти, каменного угля, фотокумарины (содержатся в растениях – клевере и гречихе, во многих эфирных маслах, в том числе используемых в парфюмерии). Основными облигатными эндогенными фотосенсибилизаторами являются порфирины. Порфирины вырабатываются костным мозгом, а также поступают в организм с пищей. Соединяясь с железом, они образуют гемсоставную часть гемоглобина, содержащегося в эритроцитах. Печень – основной орган, участвующий в обмене порфиринов. При нарушении функции печеночных клеток может нарушаться нормальный обмен порфиринов и развиваться поздняя кожная порфирия – заболевание, кожные проявления которого провоцируют ультрафиолетовые лучи. При этом фотодерматозе выявляется дефицит уропорфириногендекарбоксилазы в клетках печени, чему способствует хроническая алкогольная интоксикация, воздействие гексахлорбензола и эстрогенов (при приеме ряда гормональных контрацептивов и эстрогенных препаратов). В крови повышается уровень уропорфиринов, которые откладываются в коже и резко повышают ее чувствительность к ультрафиолетовым лучам. Порфирины в коже играют роль аккумуляторов UVA и UVB, что приводит к повреждению клеточных структур, образованию свободных радикалов и молекул кислорода, развитию воспалительной реакции.

Под воздействием ультрафиолетовых лучей в коже возможны фотоаллергические реакции, обусловленные:

- экзогенными фотосенсибилизаторами (соли хрома, некоторые моющие средства, длительно применяемые топические стероиды);
- эндогенными фотосенсибилизаторами (отравление тетраэтилсвинцом, входящим в состав этилированного бензина, прием лекарственных препаратов тетрациклинового ряда, барбитуратов, сульфаниламидов и др.).

Клиническая картина фотодерматозов. Фототравматические реакции проявляются клиникой простого острого или хронического дерматита. При разовой интенсивной инсоляции через 4-6 ч развивается эритема облученных участков кожи (I степень поражения), на фоне которой могут сформироваться болезненные пузыри с серозным содержимым (II степень дерматита). Буллезное поражение чаще всего наблюдается в зоне надплечий и верхней трети спины, т. е. в локализациях максимального воздействия УФЛ, где формируется острый солнечный дерматит, или «солнечный ожог». Под воздействием предельно высоких доз УФЛ при облучении



искусственными источниками ультрафиолетового облучения возможно развитие некроза эпидермиса и дермы (III степень дерматита).

При хроническом воздействии солнечных лучей на открытые участки кожи формируется хронический солнечный дерматит. Наиболее часто это наблюдается у лиц, длительно пребывающих на солнце (строительные рабочие, моряки, сельхозработники). На задней поверхности шеи, кистях и даже на лице формируется стойкая пигментация, лихенификация, шелушение, телеангиэктазии, трещины. Возможно быстрое формирование дистрофии кожи и различных кожных новообразований.

Фотодинамические реакции проявляются на открытых участках кожи эритематозной и буллезной сыпью, причем доза попавшего ультрафиолетового излучения может быть незначительна, но ее разрушающее действие усилено фотосенсибилизаторами, накопившимися в коже.

Поздняя кожная порфирия характеризуется образованием на лице, шее, тыле кистей пузырей на эритематозном основании. Эти сыпи провоцируются УФЛ и незначительными механическими травмами. Пузыри вскрываются с образованием эрозий и поверхностных язв, заживающих атрофическими рубцами. Беспокоит зуд. Подобные реакции повторяются сезонно в весенне-летний период. При разрешении сыпи могут оставаться очаги гипо- и гиперпигментации. Лицо таких пациентов постепенно пигментируется, мягкие ткани глазниц западают («провалившиеся» глаза). Больные выглядят старше своих лет. Моча больных имеет ярко-оранжевый цвет, при осмотре ее под люминесцентной лампой в УФ-лучах моча светится ярко-розовым цветом.

Фотоаллергические реакции полиморфны и могут проявляться микровезикулами на фоне отечной эритемы («солнечная экзема»), волдырями («солнечная крапивница»), серо-папулами по типу узелковой чесотки («солнечное пруриго»).

Диагноз фототравматических, фотодинамических и фотоаллергических реакций ставится по данным анамнеза (наличие факта пребывания на солнце или под лучами УФ-лампы, четкая сезонность поражения) и локализации поражений на открытых участках кожи.

### **Поражения кожи от ионизирующей радиации**

К ионизирующей радиации относят альфа-, бета-, гамма-, нейтронное и рентгеновское излучение. Подобное излучение может воздействовать на кожу человека при проведении лучевой терапии онкологических заболеваний, а также при техногенных авариях и катастрофах атомных реакторов, взрыве ядерного оружия и пр. Следует отметить, что альфа-частицы, как наиболее тяжелые, максимально задерживаются эпидермисом. Бета-излучение поглощается дермой. Гамма-лучи, рентгеновское и нейтронное излучение пронизывают тело человека, задерживаясь лишь в малой степени.

Клинические признаки поражений, вызванных всеми видами ионизирующей радиации, идентичны и подразделяются на острые лучевые реакции поздние или хронические лучевые поражения.

К острым лучевым поражениям кожи относят раннюю лучевую реакцию, лучевую алопецию, острый лучевой дерматит.

Ранняя лучевая реакция развивается через 1-2 суток после облучения в дозе не менее 3 Гр и представляет собой отечную эритему. Больного может беспокоить зуд. Процесс самостоятельно разрешается через несколько часов после возникновения.

Лучевая алопеция (облысение) развивается в зонах произрастания длинных волос после облучения кожи в суммарной дозе не менее 3,75 Гр. Лучевая алопеция сохраняется довольно долго, постепенная регенерация волос наблюдается спустя 2 и более месяцев. Острый лучевой дерматит является примером простого дерматита от лучевых факторов и может появляться и в первый день, и через 2 месяца после облучения. Чем интенсивнее облучение, тем раньше развивается дерматит и тем длиннее его течение. При суммарной дозе облучения от 8 до 12 Гр развивается I степень дерматита в виде застойно-синюшной эритемы, отека, выпадения волос. Больной может испытывать боль, жжение, зуд. Процесс разрешается медленно, в течение 1-1,5 месяца, оставляя после себя стойкую пигментацию. Волосы постепенно отрастают. При суммарной дозе от 12 до 20 Гр развивается лучевой дерматит II степени, проявляющийся интенсивным покраснением облученной зоны кожи, отеком и пузырями с серозным и серозно-геморрагическим содержимым. Возможно развитие регионарного лимфаденита, общего недомогания, лихорадки. Больного беспокоят боли, жжение. Постепенно пузыри подсыхают в корки, полное заживление наступает через несколько месяцев и заканчивается образованием участков атрофии и дисхромии кожи, телеангиэктазиями, стойким облысением.

При суммарном облучении в дозе более 25 Гр развивается лучевой дерматит III степени. На фоне отечной эритемы формируется зона некроза кожи, после отторжения которого длительно сохраняются язвы с сероватого цвета дном без выраженных грануляций. Язвы длительно не заживают, могут существовать месяцы и годы. Характерны мучительные боли. При больших площадях поражения наблюдается общая интоксикация, слабость, недомогание, лихорадка, озноб, бессонница, депрессия. После заживления остаются атрофические легко изъязвляющиеся и кровоточащие рубцы.

Хронические лучевые поражения кожи разделяют на хронические лучевые дерматиты и поздние лучевые дерматозы (индуративный отек, поздняя лучевая язва, лучевой рак кожи).

Хронический лучевой дерматит развивается наиболее часто на коже кистей рук и является профессиональным поражением (при несоблюдении техники безопасности) рентгенологов, лаборантов, имеющих контакт с растворами радиоактивных изотопов и др. Причиной хронического лучевого дерматита являются рентгеновские лучи, альфа- и бета-излучение, которые воздействуют на кожу в малых дозах, но длительное время. Заболевание проявляется нарастающей сухостью и шелушением кожи в зоне поражения, постепенно развивается атрофия, дисхромия кожи. При сохранении хронического лучевого воздействия может развиваться рак кожи.

Индуративный отек развивается в результате лучевого поражения стенок мелких лимфатических сосудов и нарушения оттока лимфы. Клинически проявляется уплотненным отеком в зоне облучения без болезненных ощущений. При разрешении индуративного отека остается зона атрофии кожи и телеангиэктазии.

Поздняя лучевая язва развивается в результате стойких атрофических нарушений кожи с поражением нервов и стенок сосудов, вызванных ионизирующей радиацией.

Лучевой рак развивается вследствие малигнизации клеток эпидермиса в зоне длительно существующих хронических лучевых поражений.

## **СИМУЛЯЦИОННЫЕ ДЕРМАТИТЫ И ПАТОМИМИИ**

Симуляционные дерматиты возникают при целенаправленном раздражающем воздействии самого больного на свою кожу, т. е. эти дерматиты люди «делают своими руками», преследуя определенные цели (освобождение от работы, службы в армии, судебного наказания и пр.). Подобные действия могут совершать психически неустойчивые люди, религиозные фанатики. Как правило, для получения «гарантированного» результата такие пациенты используют облигатные раздражающие средства (механические повреждения, прижигание раскаленным металлом, химическое воздействие), достигая клиники простого дерматита различной степени тяжести. Симуляционный характер дерматита может быть установлен при судебно-медицинской экспертизе на основании следующих признаков: несоответствие данных анамнеза болезни ее клинической картине; как правило – отсутствие реального анамнеза; больные отрицают факт воздействия на кожу; локализация в местах, доступных рукам больного; типичные признаки простого дерматита – четкость контуров поражения, причем геометрическая форма этих поражений может быть круглая, треугольная, квадратная и соответствовать форме предметов, с помощью которых прижигали кожу, а также иметь вид потеков жидкости (кислот или щелочей) или форму частей растений и пр.

Прежде чем поставить диагноз симуляционного дерматита, необходима проверка кожной чувствительности больного, так как при некоторых заболеваниях (сирингомиелия, лепра) может нарушаться восприятие боли и температуры, больной может не замечать повреждений кожи. Необходима также консультация психиатра.

Патомимии – разновидность простых дерматитов у психически не адекватных лиц, часто страдающих дерматозойным бредом. Больным кажется, что в коже «находятся различные насекомые, черви, личинки» и пр. Пациенты пытаются «бороться с паразитами» путем чаще механического травмирования кожи. В зонах подобных воздействий врач обычно обнаруживает геморрагические ссадины, корочки, рубчики, дисхромиию. Как правило, такие больные не отрицают, что эти повреждения они вызвали сами. В подобных клинических ситуациях необходима помощь психиатра.

### **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. Развивается аллергический дерматит после повторных контактов кожи с аллергеном, к которому формируется повышенная чувствительность. Время, необходимое для сенсибилизации, колеблется от нескольких дней до месяцев и даже лет. В настоящее время патогенез аллергического дерматита связывают с формированием клеточно обусловленной аллергии замедленного типа (IV тип реакции) с характерным участием эпидермиса – аллергической реакции экзематозного типа. После сформировавшейся сенсибилизации повторный контакт с аллергеном обуславливает пролиферацию активированных Т-лимфоцитов, выделение медиаторов воспаления и миграцию в эпидермис цитотоксичных Т-клеток. Это приводит к развитию в месте контакта типичного воспаления с микровезикулезными высыпаниями.

Клиническая картина. Аллергический дерматит может быть острым, подострым или 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. Эти проявления острого аллергического дерматита аналогичны клинической картине экземы в острой стадии, поэтому такая воспалительная реакция кожи была названа экзематозной. На разных стадиях развития экзематозного процесса доминируют определенные элементы сыпи. Так, при прогрессировании аллергического дерматита в клинической картине доминируют мелкие папулы и везикулы, мелкокапельное мокнутие на фоне гиперемии и отека. При прекращении контактов с аллергеном аллергический дерматит начинает постепенно регрессировать (в течение 2-4 недель). В очаге поражения постепенно уменьшаются гиперемия и отек, прекращают появляться новые папулезные и везикулезные элементы, в клинических проявлениях преобладают серозные корки и шелушение. Постепенно все проявления болезни регрессируют, однако сенсибилизация к определенному аллергену (аллергенам) сохраняется неопределенно долго, что предопределяет возможность рецидивов при повторных контактах. Кроме микровезикулезных высыпаний возможны также преимущественно

буллезные элементы на фоне гиперемии и отека. Такие проявления бывают при воздействии сильных аллергенов (урсола, скипидара и др.) и некоторых растений – аллергический фитодерматит (примулы-первоцвета и др.). В отдельных случаях, преимущественно при рецидивах острого аллергического дерматита, вдалеке от очага поражения развиваются вторичные высыпания (аллергиды), чаще представленные эритемато-сквамозными или папуловезикулезными элементами. Их связывают с высвобождением из основного очага цитокинов, которые, циркулируя в крови, могут повышать чувствительность отдаленных участков кожи. Аллергиды обычно располагаются симметрично на туловище и конечностях, проявляются чаще мономорфной сыпью и сопровождаются выраженным зудом, эозинофилией в крови, а иногда и общими явлениями (повышенной температурой, недомоганием, бессонницей и др.). Обычно они бесследно регрессируют через 2-3 недели после стихания острых проявлений в основном очаге аллергического дерматита.

Хронический аллергический дерматит возникает у пациентов с низкой степенью сенсибилизации самостоятельно или после регресса острого аллергического дерматита. Он проявляется незначительным воспалением кожи в месте повторяющихся контактов с определенным аллергеном в низкой концентрации и сопровождается утолщением эпидермиса и гиперкератозом.

**Патоморфология.** При остромаллергическом дерматите в эпидермисе выражен межклеточный отек (спонгиоз), внутриэпидермально расположены мелкие полости, имеется внутриклеточный отек. Выражена также миграция в эпидермис лимфоцитов, нейтрофилов и эозинофилов. В верхней части дермы – расширение сосудов, отек и преимущественно периваскулярный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, эозинофилов и нейтрофилов.

При хроническомаллергическом дерматите выражен акантоз с удлинением эпидермальных отростков и гиперкератозом, очаговый паракератоз. В верхней части дермы обнаруживают умеренно выраженный инфильтрат (преимущественно периваскулярный), состоящий из лимфоцитов, эозинофилов, гистиоцитов и фибробластов; увеличено количество капилляров.

**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. Выяснение причины аллергического дерматита позволяет врачу указать конкретные пути предупреждения его рецидивов (избегать контактов с конкретным аллергеном, сменить профессию и др.). Поливалентная сенсибилизация характерна для больных экземой.

**Лечение.** Учитывая возможность сенсибилизации пациента к нескольким аллергенам, рекомендуют исключить влияние и других возможных раздражителей, в том числе воздействующих аэрогенно, через пищевой тракт и др. В связи с этим больным аллергическим дерматитом целесообразно соблюдать гипоаллергенную диету (исключить спиртные напитки, цитрусовые, острые блюда, ограничить употребление поваренной соли, углеводов и др.). 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.). В подострой стадии, после прекращения мокнутья, когда преобладает образование серозных корочек и шелушение, назначают пасты (2-5% ихтиоловую, 5% нафталановую и др.), охлаждающие кремы или лосьоны, а также кремы и мази с глюкокортикостероидными гормонами (0,1% мометазона фураат или 0,1% метилпреднизолона ацепонат и др.), которые оказывают более быстрый терапевтический эффект. В хронической стадии аллергического дерматита применяют разрешающие средства в форме мази, в частности препараты дегтя, АСД-3 фракции (3-5%), стероидные гормоны под окклюзионную повязку. При осложненном и аллергическом дерматите пидермией исключают топические стероиды и применяют в соответствующих формах те противомикробные средства (в том числе и внутрь), которые менее всего способны усилить сенсibilизацию кожи.

#### **8. Вопросы по теме 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.

#### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

правильный ответ: д

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

правильный ответ: г

3. 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

правильный ответ: б

4. Раздражители, не вызывающие простой контактный дерматит. (УК-1, ПК-1, ПК-6):

- а) механические
- б) физические
- в) биологические
- г) психоэмоциональные
- д) химические

правильный ответ: г

5. Характер течения простого контактного дерматита (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6):

- а) рецидивирующий
- б) острый
- в) подострый
- г) хронический
- д) латентный

правильный ответ: б

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

правильный ответ: д

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

правильный ответ: в

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
- правильный ответ: а

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
- правильный ответ: б

10. При контактном аллергическом дерматите наименее поражаются (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9):

- а) веки
  - б) шея
  - в) половые органы
  - г) руки
  - д) ладони
- правильный ответ: д

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 мокнутие и серозные колодцы
  - д) эволюционный полиморфизм
- правильный ответ: а

## **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

### **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

### **Ответ к задаче №1**

1. Поставьте диагноз.

Контактный аллергический хейлит.

2. Дайте определение данному заболеванию

Воспаление красной каймы губ, возникающее в результате непосредственного воздействия на кожу экзогенного раздражающего фактора (сенсibilизатора).

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

Дифференциальная диагностика с другими видами хейлита, красным плоским лишаем, красной волчанкой.

4. Критерии эффективности лечения.

Уменьшение воспаления, снижение интенсивности зуда, регресс высыпаний.

5. Ваши рекомендации больной после клинического выздоровления

- Подбор гипоаллергенной губной помады.
- Гигиенический уход за кожей лица и красной каймой губ.

### **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

### **Ответ к задаче №2**

1. Контактный аллергический дерматит химической этиологии.

2. Дерматит – ограниченное воспаление кожи, вызванное воздействием внешнего фактора.

Контактный аллергический дерматит – заболевание, которое возникает в результате повторного контакта с веществами сенсibilизаторами (аллергенами) вследствие аллергической реакции IV типа (ГЗТ).

3. Уменьшение воспаления, снижение интенсивности зуда, регресс высыпаний.

4. Острый распространенный процесс и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний

5. Несвоевременная диагностика аллергического контактного дерматита с проведением кожных аппликационных проб приводит к длительному, упорному течению и хронизации процесса.

### **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

### **Ответ к задаче №3**

1. Контактный аллергический дерматит химической этиологии.
2. Дерматит – ограниченное воспаление кожи, вызванное воздействием внешнего фактора.

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

3. Уменьшение воспаления, снижение интенсивности зуда, регресс высыпаний.
4. Острый распространенный процесс и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний
5. Несвоевременная диагностика аллергического контактного дерматита с проведением кожных аппликационных проб приводит к длительному, упорному течению и хронизации процесса.

### **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

### Ответ к задаче №4

1. Острая крапивница.

2.-Анамнез и физикальное обследование

- Общий анализ крови

- Общий анализ мочи

- Биохимический анализ крови

- Проведение по показаниям дополнительных исследований для выявления сопутствующей патологии: определение маркеров вирусных гепатитов, показателей функции щитовидной железы и др.

- Консультация аллерголога с проведением аллергологической диагностики

3. Распространенная крапивница, сопровождающаяся интенсивным зудом и нарушением общего состояния, а также отсутствие эффекта на амбулаторном этапе терапии.

4. Сопутствующий ангионевротический отек в области гортани, анафилактические реакции.

5. -Исключить воздействие причинных факторов.

- Провести мероприятия медикаментозной терапии направленные на купирование симптомов заболевания.

- Антигистаминные препараты 1-го поколения (хлоропирамин внутрь взрослым по 25 мг 3-4 р/сут, мебгидролин внутрь детям старше 10 лет и взрослым — 100—300 мг/сут в 2-3 приема, клемастин (сироп и таблетки) - детям старше 12 лет и взрослым по 1 мг 2—3 р/сут).

- Антигистаминные препараты 2-го поколения (лоратадин внутрь старше 12 лет - 10 мг 1 р/сут).

- Блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов (циметидин в/в по 300 мг в течение 15-20 минут).

- Стабилизаторы мембран лаброцитов и базофилов (интал по 0,02 гр x 2 раза в сутки, кетотифен по 0,001 гр x 2 раза в сутки).

- Магния сульфат 10 – 25% (по 10-15 мл x 3-5 раз в сутки) – послабляющий эффект.

- Энтеросорбенты (активированный уголь, полифепан, энтерогель).

- Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, ацесоль, полиоксидин).

- Гипосенсибилизирующая терапия (глюконат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%, кальций хлорид 10%).

- При отсутствии эффекта - глюкокортикостероиды для системного применения (преднизолон взрослым по 40— 60 мг/сут с постепенным снижением дозы вплоть до отмены, дексаметазона фосфат взрослым — 4—6 мг/ сут).

### 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.

#### **Ответ к задаче №5**

1. Синдром Лайелла
2. Лекарственный, инфекционный, смешанный, идиопатический.
3. - Внезапное начало, быстрое нарастание температуры тела  
- Быстро распространяющаяся и сливающаяся эритема, на фоне которой появляются очаги геморрагий, болезненность кожи.  
- Отслойка эпидермиса и формирование гигантских пузырей и эрозий.  
- Положительный симптом Никольского.  
- Тяжелое общее состояние.  
- Отсутствие эозинофилов в периферической крови.

4. Больной должен быть госпитализирован в реанимационное отделение, желательно в ожоговый центр.

5. Основными принципами лечения являются:

Этиотропная терапия – устранение фактора, вызвавшего ТЭН.

Патогенетическая терапия – интенсивная детоксикация организма, противоаллергическая и противовоспалительная терапия.

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.

В условиях реанимационного отделения проводят следующую терапию:

Преднизолон 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.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Осмотр больного, определение высыпных элементов.
2. Предварительный диагноз.
3. План лабораторного обследования.
4. Накожная капельная и аппликационная аллергические пробы;
5. Рациональная наружная терапия ( рецепты).

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Дифференциальная диагностика дерматитов.
2. Алгоритм лечения больных дерматитами и токсикодермиями: принципы лечения в зависимости от активности процесса, общее лечение, наружное лечение.

### 13. 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
<b>Основная литература</b>					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
<b>Дополнительная литература</b>					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	
2.	Практические умения и методы в обследовании и	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ,	3	

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
	диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб.пособие		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 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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 3. Значение темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики токсикодермий необходимо дерматологам, учитывая очень большую распространенность, многообразие клинических форм, трудности дифференциальной диагностики, нередко тяжесть течения токсикодермий.

#### 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 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.

**4.Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

**5.Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

**6.Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия(540 мин.- 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащённость
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а)с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г)интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или	90	Тесты по теме, ситуационные задачи

	устно).		
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## 7.Аннотация(краткое содержание 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.

Учитывая гематогенный путь проникновения в кожу этиологического фактора, поражения воспалительного и невоспалительного характера могут развиваться в любой локализации кожного покрова.

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. Кумуляция в коже различных эндогенных и экзогенных фотосенсибилизаторов при воздействии ультрафиолетового излучения может запускать фототоксические реакции.

Клинические разновидности. Токсикодермии могут проявляться любыми типами первичных высыпаний, кроме бугорков (специфическая инфекционная гранулема). За редким исключением, симптоматика токсикодермии неспецифична. Одно и то же химическое вещество может вызывать даже у одного и того же человека различные клинические проявления. Одна и та же клиническая картина может развиваться под влиянием разных химических веществ.

Токсикодермии возникают, как правило, остро через несколько часов или суток после воздействия этиологического фактора.

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, пятнисто-буллезные и другие сочетания сыпных элементов. Кожные высыпания зудят, нередко сочетаются с поражением слизистых оболочек и нарушением общего состояния больного.

Пятнистотоксикодермий проявляются преимущественно гиперемическими пятнами, реже геморрагическими (пурпура) и пигментными. Гиперемические пятна могут быть точечными, розеолезными, сливаться в обширные эритемы, вплоть до эритродермии, шелушиться.

Геморрагические (пурпурозные) высыпания связаны с иммунокомплексным поражением стенок сосудов и являются признаком неблагоприятного течения токсикодермий.

Пигментными пятнами часто проявляются 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-буллезные высыпания часто наблюдаются при тяжелом течении токсикодермий. Пузыри напряженные, наполнены серозным экссудатом, гистологически располагаются субэпидермально, акантолиза нет.

Следует особо сказать о токсикодермий, вызванной галоидами – йода, брома, хлора, фтора, которая проявляется папуло-пустулезными высыпаниями. Механизм галлоидной токсикодермий – токсический: галоиды кумулируют в организме, элиминируются почками и кожными сальными железами. В том случае, если в кожном сале концентрация галоидов значительно превышает нормальные показатели, происходит токсическое повреждение клеток сальных желез, выброс протеолитических ферментов. Все эти процессы приводят к развитию гиперкератоза устья сальных желез, застою кожного сала, формированию воспалительного инфильтрата вокруг железы, и, в конечном итоге, активации микробной флоры и нагноению сальных желез. Развиваются галоидные угри (акне), которые могут поражать людей в любом возрасте. Они резистентны к обычной противугревой терапии, регрессируют лишь в случае элиминации излишков галоидов из организма. При длительном существовании галоидные акне могут трансформироваться в болезненные воспалительные узлы мягкой консистенции – так называемые узловатые йододермы или бромодермы.

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 аутотоксической 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 перед-ненаружной поверхности голеней быстро развивающихся симметричных болезненных ярко-розовых горячих узлов от 1 до 4-6 см в диаметре с перифокальным отеком. Узлы болезненны при пальпации и могут вызывать боли в покое. По мере разрешения болезненность узлов уменьшается. Кожа над ними меняет окраску на синюшную, затем желтовато-зеленоватую. Через 2-3 недели 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 голеней. 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 потираниях 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* кровью больного. Это могут быть тесты лейкоцитолитического, торможения миграции

лейкоцитов, моноцитарный тест, тесты дегрануляции базофилов и бласттрансформации лимфоцитов и др. Однако информативность этих тестов не более 60-70%. Гистологическая диагностика не выявляет специфических изменений кожи, но подтверждает наличие острой или подострой воспалительной реакции дермы, субэпителиальное расположение пузырей (при буллезных токсикодермиях).

**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 проявления 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 – детоксипирующая 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.

Продромальная фаза характеризуется повышением температуры тела до 38-39°C, ознобом, сердцебиением, общей слабостью, бессонницей, головной и мышечно-суставной болью, тошнотой, рвотой, поносом, анорексией, болезненностью слизистой оболочки полости рта. Через несколько часов наступает вторая – эруптивная фаза ТЭН, характеризующаяся нарастанием тяжести общего состояния и появлением высыпаний на коже и слизистых оболочках. Поражаются все участки кожного покрова, тем не менее наиболее выражена сыпь в складках кожи и местах трения и давления. Появляются воспалительные пятна в виде розеол и обширных эритем, отечные папулы, везикулы, петехиальные элементы. Сыпь постепенно сливается в сплошные эритемы с геморрагическим оттенком. При потирании кожи выражена болезненность. Этот

симптом является предвестником гибели и отслойки эпидермиса, которая клинически развивается через несколько часов или суток. При этом появляются пузыри разного размера, которые быстро сливаются, создавая зрительный эффект обожженной кожи, или так называемый симптом «мокрого белья». При потягивании пинцетом обрывков отслоившегося эпидермиса наблюдается выраженный симптом отслойки в пределах эритемы. Любое механическое воздействие на пораженную кожу приводит к разрыву покровов пузырей, обширной отслойке эпидермиса, части которого повисают в виде лоскутков. Образуются обширные эрозии ярко-красного цвета. Клиническая картина сходна с диффузным ожогом II степени. Возможно отторжение ногтевых пластинок на кистях и стопах, токсическое облысение.

Одновременно с поражением кожи такие же изменения наблюдаются на красной кайме губ, слизистой оболочке полости рта, носа, верхних дыхательных путей, глотки, пищевода, желудочно-кишечного тракта, конъюнктивы глаз. В таком состоянии появляется светобоязнь, признаки кератоконъюнктивита, помутнения и отторжения роговицы. Общее состояние больного оценивается как крайне тяжелое.

Массивное поражение кожного покрова и слизистых оболочек, как правило, сопровождается полилимфаденопатией, вовлечением в процесс внутренних органов в виде пневмонии, кровоизлияний в легких, селезенке, надпочечниках, развития пиелонефрита, диффузного миокардита, некротического панкреатита и пр. Гемограмма периферической крови демонстрирует лейкоцитоз, отсутствие эозинофилов, лимфоцитопению, тромбоцитопению, резкое нарастание СОЭ.

При тяжелом течении ТЭН, неадекватной терапии на ранних стадиях болезни, при поражении кожи более 80% и вовлечении в процесс внутренних органов критическая фаза наступает обычно в период 7-15-го дня болезни и заканчивается летально.

При благоприятном течении болезни и адекватной терапии наступает фаза выздоровления, при которой наблюдается медленная (1,5-2 месяца) эпителизация пораженных участков кожи и слизистых оболочек, нормализация функции внутренних органов.

**Патоморфология.** Некроз эпителия, его отслойка от дермы на уровне базальной мембраны. Дерма отекает, выражено набухание эндотелия и периваскулярный инфильтрат из лимфоцитов, гистиоцитов, эозинофилов. Может наблюдаться дезорганизация эластических и коллагеновых волокон.

**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:

Этиотропная терапия – устранение фактора, вызвавшего ТЭН.

Патогенетическая терапия – интенсивная детоксикация организма, противоаллергическая и противовоспалительная терапия.

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, желательно 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.

## **8. Вопросы по теме 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.

**9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

правильный ответ:3

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

правильный ответ:1

3. БЫСТРЕЕ ВСЕХ ПРИВОДИТ К РАЗРЕШЕНИЮ ОТЕКА КВИНКЕ (ПК-6, ПК-8, ПК-9):

- 1) преднизолон
- 2) пипольфен
- 3) адреналин
- 4) глюконат кальция
- 5) димедрол

правильный ответ:1

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

правильный ответ:1

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

правильный ответ:1

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

правильный ответ:3

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

правильный ответ:2

8. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА ИСПОЛЬЗУЮТ(УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8):

- 1) полиоксидоний
- 2) циклоспорин
- 3) рентгенотерапию
- 4) терапию H1-гистаминоблокаторами

правильный ответ: 4

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

правильный ответ:2

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

правильный ответ:5

## 10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

### 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 эксфолиации.

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.

#### Ответ к задаче №1

1. Распространенная аллергическая токсикодермия
2. - Анамнез болезни
  - Клиническая картина
  - Провокационные пробы
  - Диагностические аллергические пробы *invitro* с кровью больного
  - Гистологическое исследование
3. Токсикодермии аллергические, токсические и алерго-токсические.
4. - Устранение действия этиологического фактора
  - Патогенетическая терапия (детоксикация организма, антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты)
  - Симптоматическая терапия (наружные средства)
5. Rp: Sol. Calciiglyconatis 10%-10,0  
D.t.d. № 10 inamp.  
S. По 10 мл. в/венно.

Rp: Sol. Suprastini 2%-1.0

D.t.d. № 10 inamp.

S. По 1 мл. в/м 2 раза в день.

### 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

### **Ответ к задаче №2**

1. Синдром Лайелла
2. Лекарственный, инфекционный, смешанный, идиопатический.
3. Внезапное начало, быстрое нарастание температуры тела, быстро распространяющаяся и сливающаяся эритема, на фоне которой появляются очаги геморрагий, болезненность кожи, отслойка эпидермиса и формирование гигантских пузырей и эрозий, положительный симптом Никольского, тяжелое общее состояние, отсутствие эозинофилов в периферической крови.
4. Больной должен быть госпитализирован в реанимационное отделение, желательно в ожоговый центр.
5. Основными принципами лечения являются:

Этиотропная терапия – устранение фактора, вызвавшего ТЭН.

Патогенетическая терапия – интенсивная детоксикация организма, противоаллергическая и противовоспалительная терапия.

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.

В условиях реанимационного отделения проводят следующую терапию:

Преднизолон 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.

### **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

### **Ответ к задаче №3**

1. Контактный аллергический дерматит химической этиологии.
2. Дерматит – ограниченное воспаление кожи, вызванное воздействием внешнего фактора.

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

3. Уменьшение воспаления, снижение интенсивности зуда, регресс высыпаний.
4. Острый распространенный процесс и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний
5. Несвоевременная диагностика аллергического контактного дерматита с проведением кожных аппликационных проб приводит к длительному, упорному течению и хронизации процесса.

### **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

### Ответ к задаче №4

1. Острая крапивница.

2.-Анамнез и физикальное обследование

- Общий анализ крови

- Общий анализ мочи

- Биохимический анализ крови

- Проведение по показаниям дополнительных исследований для выявления сопутствующей патологии: определение маркеров вирусных гепатитов, показателей функции щитовидной железы и др.

- Консультация аллерголога с проведением аллергологической диагностики

3. Распространенная крапивница, сопровождающаяся интенсивным зудом и нарушением общего состояния, а также отсутствие эффекта на амбулаторном этапе терапии.

4. Сопутствующий ангионевротический отек в области гортани, анафилактические реакции.

5. -Исключить воздействие причинных факторов.

- Провести мероприятия медикаментозной терапии направленные на купирование симптомов заболевания.

- Антигистаминные препараты 1-го поколения (хлоропирамин внутрь взрослым по 25 мг 3-4 р/сут, мебгидролин внутрь детям старше 10 лет и взрослым — 100—300 мг/сут в 2-3 приема, клемастин (сироп и таблетки) - детям старше 12 лет и взрослым по 1 мг 2—3 р/сут).

- Антигистаминные препараты 2-го поколения (лоратадин внутрь старше 12 лет - 10 мг 1 р/сут).

- Блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов (циметидин в/в по 300 мг в течение 15-20 минут).

- Стабилизаторы мембран лаброцитов и базофилов (интал по 0,02 гр x 2 раза в сутки, кетотифен по 0,001 гр x 2 раза в сутки).

- Магния сульфат 10 – 25% (по 10-15 мл x 3-5 раз в сутки) – послабляющий эффект.

- Энтеросорбенты (активированный уголь, полифепан, энтерогель).

- Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, ацесоль, полиоксидин).

- Гипосенсибилизирующая терапия (глюконат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%, кальций хлорид 10%).

- При отсутствии эффекта - глюкокортикостероиды для системного применения (преднизолон взрослым по 40— 60 мг/сут с постепенным снижением дозы вплоть до отмены, дексаметазона фосфат взрослым — 4—6 мг/ сут).

### 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.

**Ответ к задаче №5**

1. Синдром Лайелла
2. Лекарственный, инфекционный, смешанный, идиопатический.
3. - Внезапное начало, быстрое нарастание температуры тела  
- Быстро распространяющаяся и сливающаяся эритема, на фоне которой появляются очаги геморрагий, болезненность кожи.  
- Отслойка эпидермиса и формирование гигантских пузырей и эрозий.  
- Положительный симптом Никольского.  
- Тяжелое общее состояние.  
- Отсутствие эозинофилов в периферической крови.

4. Больной должен быть госпитализирован в реанимационное отделение, желательно в ожоговый центр.

5. Основными принципами лечения являются:

Этиотропная терапия – устранение фактора, вызвавшего ТЭН.

Патогенетическая терапия – интенсивная детоксикация организма, противоаллергическая и противовоспалительная терапия.

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.

В условиях реанимационного отделения проводят следующую терапию:

Преднизолон 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.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Сбор анамнеза у больных токсикодермиями.
2. Осмотр больных, определение морфологических элементов, их интерпретация.
3. Дополнительные методы исследования: граттаж, витропрессия, люминесцентный метод, получение симптомов щипка, жгута и т.д.
4. Интерпретация лабораторных методов исследования.
5. Выписка рецептов.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

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.

### 13. 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
<b>Основная литература</b>					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
<b>Дополнительная литература</b>					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 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.	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 №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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 3. Значение темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики экземы необходимо дерматологам, учитывая очень большую распространенность, многообразие клинических форм экземы.

#### 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

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

**5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

**6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия**(540 мин.- 12 академических часов).

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а)с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г)интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов

6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## 7.Аннотация(краткое содержание 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 аутоcенсibilизации. При этом возникают изменение реактивности и повышение чувствительности кожи к разнообразным раздражителям, обусловленные помимо иммунных сдвигов также нарушениями в центральной и вегетативной нервной системе. При пониженной толерантности кожи к раздражающим веществам возникает неаллергическая воспалительная экзематозная реакция в местах постоянно повторяющихся воздействий субтоксических агентов (щелочи, моющие средства, органические растворители, некоторые минеральные масла, а также вода, влажный и холодный воздух, механическое раздражение и др.).

Конституциональные (эндогенные) влияния предопределены генетически и регулируют функции иммунной, гормональной, нейровегетативной систем, а также структурные и функциональные свойства кожи. Возникают нарушения клеточного и гуморального звеньев иммунитета: снижается супрессорная и киллерная активность Т-систем иммунитета, в крови повышено содержание IgE, снижен IgA, выявляется дисфункция барьерного эпителия.

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 ошелачивание 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 экземы проявляется высыпанием на гиперемизированной 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. По мере стихания процесса мелкокапельное мокнутие уменьшается, часть пузырьков, не вскрываясь, подсыхает с образованием серозных корочек, появляется мелкое, отрубевидное шелушение (подострая фаза). Так как экзема развивается толчкообразно, все перечисленные первичные элементы сыпи и вторичные обычно имеются в очаге поражения одновременно. Все это обуславливает характерный для экземы полиморфизм высыпаний: истинный и ложный (эволютивный). В дальнейшем возможно полное разрешение высыпаний или переход в хроническую фазу заболевания. В этом случае нарастают инфильтрация, шелушение и уплотнение пораженного участка кожи, усиливается кожный рисунок (лихенификация). При прогрессировании процесса очаги, имеющие разную величину и обычно нерезкие очертания, увеличиваются из-за периферического роста. Появляются высыпания на симметричных участках и вдалеке. Эти высыпания обычно бесследно регрессируют через 2-3 недели после стихания острых проявлений в основном очаге. Субъективно больных в острой стадии экземы беспокоит чувство жжения и зуда кожи, а при стихании островоспалительных явлений - мучительный зуд.

Течение экземы отличается длительностью, склонностью к хронизации и частым рецидивам. Обострение не всегда можно связать с раздражающим воздействием контактных аллергенов. Более отчетливо выявляется влияние нейрорефлекторных, иммунных и эндокринных нарушений. На течение экземы оказывают влияние психоэмоциональные перегрузки, иммунные и эндокринные дисфункции, очаги хронической инфекции и некоторые другие сопутствующие заболевания.

Экзема кистей, как правило, встречается у пациентов, имеющих атонический дерматит в анамнезе. Дисгидротическая форма экземы формируется на ладонях и подошвах чаще у лиц с выраженным дисбалансом вегетативной нервной системы (повышенное потоотделение, стойкий красный дермографизм, сосудистая лабильность) и при атопии. Обострения чаще наблюдаются в зимнее время года, хотя у некоторых рецидивы возникают в жаркую погоду. Начало болезни большинство из пациентов связывают с тяжелыми стрессовыми ситуациями. Клинической особенностью этой формы экземы являются крупные, величиной с горошину, плотные многокамерные пузыри, что обусловлено толстым роговым слоем. По этой же причине не выражены гиперемия и отечность. Границы очагов поражения обычно четкие. Пузыри долго сохраняются, не вскрываясь. Поражение постепенно распространяется на межпальцевые промежутки и тыл кистей и стоп. В этой локализации уже выражены гиперемия и отечность, имеются мелкие поверхностные быстро вскрывающиеся пузырьки и эрозии с характерным мелкокапельным мокнутием. При присоединении пиогенной инфекции содержимое полостных элементов становится гнойным, возникают регионарно лимфангоит и лимфаденит, повышается температура тела, ухудшается общее самочувствие больного. 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. *nummularis* - 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. Края бляшек мелкофестончатые с узкой беловатой каемкой отслоившегося рогового слоя. В пределах бляшек - обильное мелкокапельное мокнутье. При снижении остроты воспаления экссудат подсыхает с образованием серозных корок. Распространенность высыпаний разная, характерно длительное хронически- рецидивирующее течение с обострениями чаще в зимнее время.

Абортивной формой бляшечной экземы является экзематид, для которого характерно образование на коже круглых, овальных и неправильных очертаний пятен розового цвета разной величины. Их поверхность полностью покрыта отрубевидными и мелкопластинчатыми чешуйками. При поскабливании поверхности очага выявляются мелкие эрозии, свидетельствующие о скрытой микровезикуляции. Высыпания обычно сопровождаются зудом. Экзематид может напоминать проявления поверхностного микоза гладкой кожи, псориаза, себорейного дерматита, розового лишая и бляшечного парапсориаза.

В ряде случаев микробная экзема развивается в результате экзематизации хронического микробного или грибкового поражения кожи: стрептококковой опрелости, хронической диффузной стрептодермии, инфицированных ран, свищей, дисгидротической формы микоза стоп, поверхностного кандидоза складок и др. При этом в области инфекционного поражения кожи образуются характерные для экземы высыпания с мелкокапельным стойким мокнутьем. В очаге поражения вначале одновременно присутствуют характерные проявления микробного (грибкового) заболевания и экземы. В дальнейшем экзематозные явления нарастают, распространяются, в то время как симптомы исходного бактериального (грибкового) поражения кожи постепенно нивелируются.

**Патоморфология.** Гистологические изменения при экземе и аллергическом дерматите, проявляющемся экзематозной реакцией, практически одинаковы. Это - эпидермодермит с внутриэпидермальным спонгиозом и преимущественно лимфоцитарным экзоцитозом.

Диагноз и дифференциальный диагноз. Экзематозными высыпаниями проявляются аллергический и фотоаллергический дерматиты. Аналогичные с экземой высыпания могут возникать при атопическом дерматите и некоторых формах токсидермии. Поэтому при дифференциальной диагностике следует учитывать характерные отличительные признаки экземы:

- стойкое, «капризное», хронически-рецидивирующее течение;
- нечеткость, размытость границ поражения; преимущественно симметричное расположение очагов;
- наличие истинного и выраженного эволютивного полиморфизма высыпаний;
- склонность их к диссеминации;

- наличие поливалентной сенсibilизации.

**Лечение.** В тех случаях, когда доминируют преимущественноэкзогенные факторы, важно максимально исключить воздействие на кожу разнообразных контактных аллергенов и ирритантов. При наличии у пациента одной из форм экземы, входящей в группу преимущественноэндогенного варианта болезни, помимо максимального ограждения кожи от аллергенов и ирритантов важно назначать лечение, которое применяют при обострениях атопического дерматита (антигистаминные, седативные, снотворные, десенсибилизирующие средства). При микробнойэкземе 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.

## **8. Вопросы по теме.**

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.

## **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

правильный ответ: 1

2. ДЛЯ СЕБОРЕЙНОЙ ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6):

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

правильный ответ: 5

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

правильный ответ:4

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

правильный ответ:2

5. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ, ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ЭКЗЕМЫ(УК-1, ПК-1, ПК-5):

- 1) папилломатоз
- 2) баллонизирующая дистрофия
- 3) гиперкератоз
- 4) спонгиоз
- 5) акантолиз

правильный ответ:4

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

правильный ответ:1

7. ФАКТОРЫ, ПРОФОЦИРУЮЩИЕ 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

правильный ответ:1

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

правильный ответ:2

9. ПУТИ ЭЛИМИНАЦИИ АЛЛЕРГЕНОВ ИЗ КОЖИ (УК-1, ПК-1):

- 1) катаболический
- 2) иммунный
- 3) транспортный
- 4) анаболический
- 5) катаболический, иммунный, транспортный

правильный ответ:5

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

правильный ответ:4

#### **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

##### **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.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания
4. Составьте план обследования больной
5. Принципы лечения заболевания

##### **Ответ к задаче №1**

1. Распространенная истинная экзема в стадии обострения.

2. Экзема развивается в результате комплексного воздействия экзогенных и эндогенных факторов. Как правило, экзема характеризуется ассоциацией с антигенами HLA-B22 и HLA-C1 поливалентной сенсibilизацией и аутосенсibilизацией, нарушением равновесия между деятельностью симпатического и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

3. Дифференциальная диагностика с атопическим дерматитом, токсидермией, пиодермией, аллергическим контактным дерматитом.

4. Аллергологическое исследование сыворотки крови, культуральное исследование, серологическая диагностика паразитарных заболеваний, бактериологическое исследование микрофлоры кожи.

5. Общая терапия:

1) Режим охранительный: исключение контактов с возможными аллергенами, ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур, сон — не менее 8 часов.

2) Диета: исключаются яйца, цитрусовые, мясо птицы, жирные сорта рыбы, мясные бульоны, цельное молоко, орехи, газированные напитки, красные вина, морепродукты, бобовые, грибы, томаты, шпинат, шоколад, какао, кофе, приправы, майонез, острые блюда.

3) Антигистаминные препараты (хлоропирамин в/м 20 мг (1 мл) 2 р/сут в течение 5-10 сут, мебгидролинвнутри 100 мг 2 р/сут в течение 10-20 сут, клемастинвнутри 1 мг 2 р/сут, лоратадинвнутри 10 мг 1 р/сут., цетиризин).

4) Глюкокортикостероидные препараты системного действия (преднизолонвнутри 25—30 мг /сут в течение 14—25 сут с последующим снижением дозы на 5 мг каждые 5 сут до полной отмены).

5) Гипосенсibilизирующие средства (кальций глюконат 10% раствор по 10 мл в/м 1 р/сут в течение 10-15 сут, натрия тиосульфат 30%, магния сульфат 25% раствор по 5—10 мл в/м 1 р/сут в течение 10 суток.).

6) Дезинтоксикационные средства (натрия хлорид по 200—400 мл в/в капельно 2—3 раза в неделю, на курс 3-5 инфузий, натрия хлорид + калия хлорид + магния хлорид по 200—400 мл в/в капельно).

7) Диуретические средства (фуросемид 20—40 мг/сут в/в 3 р/нед., диакарб внутри по 125-250 мг 1 р/сут утром).

8) Транквилизаторы (оксазепам внутри по 0,01 г 1р/сут н/ночь, нитразепам внутри по 0,005 г 1р/сут н/ночь).

9) Вегетотропные средства (фенобарбитал + эрготамин + сумма алкалоидов красавки внутри по 1 табл. 3 р/сут в течение 7—9 дней).

Местное лечение:

1) Топические глюкокортикостероидные препараты (окситетрациклин + гидрокортизон, бетаметазон дипропионат, гидрокортизонабутират, клобетазол, мометазона фураат, флуоцинола ацетонид наружно 2 р/сут., триамцинолон, оксиклозол, бетаметазона валерат, метилпреднизолон ацепонат наружно 1 р/сут.).

2) Препараты, оказывающие вяжущее действие (используют в виде примочек, взбалтываемых взвесей или ванночек 1% раствор резорцина, 1% раствор танина, 2% раствор борной кислоты, 0,01—0,1% раствор калия перманганата, суспензия оксида цинка 1-2 р/сут.; пасты или кремы, содержащие 2—3% ихтиол, березового дегтя, нафталанской нефти, 0,5—1% серы).

3) Комбинированные лекарственные препараты, содержащие глюкокортикостероиды и антибиотики/антимикотики (гентамицин + бетаметазон + клотримазол, бетаметазон + гентамицин, неомицин + натамицин + гидрокортизон, окситетрацилин + гидрокортизон, флуометазон + клиохинол, флуоцинолона ацетонид + неомицин, бетаметазона валерат + фузидовая кислота, гидрокортизона ацетат + фузидовой кислоты полугидрата аппликации 2 р/сут в течение 7—14 сут.).

4) Анилиновые красители (бриллиантовый зеленый спиртовой раствор наружно 1-2 р/сут в течение 10-16 сут, фукорцин спиртовой раствор 1—2 р/сут, метиленовый синий 1—3% водный или спиртовой раствор 1—2 р/сут.).

Физиотерапевтическое лечение (широкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (селективная фототерапия, длина волны 280—320 нм), низкоинтенсивная лазерная терапия).

### 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.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
- 4 Составьте план обследования больной
- 5 Принципы общей терапии заболевания.

### Ответ к задаче №2

1. Себорейная экзема в стадии обострения.

2. Экзема развивается в результате комплексного воздействия экзогенных и эндогенных факторов, характеризуется ассоциацией с антигенами HLA-B22 и HLA-C1 поливалентной сенсibilизацией и аутосенсibilизацией, нарушением равновесия между деятельностью симпатического и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

3. От фолликулярного дискератоза Дарье, болезни Девержи, себорейной пузырчатки Сенира-Ашера.

4. Аллергологическое исследование сыворотки крови, культуральное исследование, серологическая диагностика паразитарных заболеваний, бактериологическое исследование микрофлоры кожи.

5. Режим охранительный: исключение контактов с возможными аллергенами, ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур, сон — не менее 8 часов.

Диета: исключаются яйца, цитрусовые, мясо птицы, жирные сорта рыбы, мясные бульоны, цельное молоко, орехи, газированные напитки, красные вина, морепродукты,

бобовые, грибы, томаты, шпинат, шоколад, какао, кофе, приправы, майонез, острые блюда.

- Антигистаминные препараты (хлоропирамин в/м 20 мг (1 мл) 2 р/сут в течение 5-10 сут, мебгидролинвнутри 100 мг 2 р/сут в течение 10-20 сут, клемастинвнутри 1 мг 2 р/сут, лоратадинвнутри 10 мг 1 р/сут.,цетиризин).

- Гипосенсибилизирующие средства (кальций глюконат10% раствор по 10 мл в/м 1 р/сут в течение 10-15 сут, натрия тиосульфат30%, магния сульфат25% раствор по 5—10 мл в/м 1 р/сут в течение 10 суток.).

- Дезинтоксикационные средства (натрия хлоридпо 200—400 мл в/в капельно 2—3 раза в неделю, на курс 3-5 инфузий, натрия хлорид + калия хлорид + магния хлоридпо 200—400 мл в/в капельно).

- Диуретические средства (фуросемид20—40 мг/сут в/в3 р/нед.,диакарб внутри по 125-250 мг1 р/сут утром).

- Транквилизаторы ( оксазепам внутри по 0,01 г 1р/сут н/ночь, нитразепам внутри по 0,005 г 1р/сут н/ночь).

- Вегетотропные средства (фенобарбитал + эрготамин + сумма алкалоидов красавки внутри по1 табл. 3 р/сут в течение7—9 дней).

### **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.

1. Поставьте диагноз.
2. Клиническая классификация заболевания
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания
4. Составьте алгоритм обследования больного
5. Показания к консультациям других специалистов

### **Ответ к задаче №3**

1.Микробная экзема в стадии обострения

2. Единой классификации заболевания не существует. Выделяют следующие клинические формы экземы:

- Истинная
- Микробная
- Себорейная
- Контактная (профессиональная)
- Экзема у детей

3. С красным плоским лишаем, псориазом, милиарным и лентикулярным папулезным сифилидом.

4. Аллергологическое исследование сыворотки крови, гистологическое исследование кожи, бактериологическое исследование микрофлоры кожи.

5. Для выявления сопутствующей патологии назначают консультации терапевта, аллерголога, гастроэнтеролога, психоневролога и др.

Показано лечение хронического тонзиллита у отоларинголога.

#### **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.

1. Поставьте диагноз.

2. Перечислите характерные клинические признаки заболевания

3. Поливалентная или моновалентная сенсibilизация характерна для данного заболевания?

4. Критерии эффективности лечения.

5. Показания для госпитализации.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Распространенная истинная экзема в стадии обострения..

2. Границы очагов поражения не резкие, высыпания располагаются симметрично, тенденция к диссеминации резко выражена, наиболее типичны симптомы: эритема «серозные колодцы», участки мокнутия, везикулы, папулы, сероватые или желтоватые корочки.

3. Поливалентная сенсibilизация

4. Прекращение прогрессирования заболевания, уменьшение выраженности и разрешение воспаления. Поддержание состояния клинической ремиссии, уменьшение частоты развития рецидивов.

5. Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения. Распространенные формы и тяжелое течение заболевания.

#### **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

**Ответ к задаче №5**

1. Экзема у детей (истинная).
2. Важную роль играет наследственная предрасположенность. Провоцирующие факторы могут проявляться рано – токсикоз первой половины беременности. Ребенок еще во внутриутробном периоде сенсибилизировался к аллергенам, циркулирующим в организме матери. Во внеутробном периоде аллергены передаются с грудным молоком и пищей. Возникают нарушения клеточного и гуморального звеньев иммунитета: снижается супрессорная и киллерная активность Т-систем иммунитета, в крови повышено содержание JgE, снижен JgA, выявляется дисфункция барьерного эпителия.
3. Дифференциальная диагностика с атопическим дерматитом, токсидермией, пиодермией, аллергическим контактным дерматитом, псориазом.
4. Аллергологическое исследование сыворотки крови, серологическая диагностика паразитарных заболеваний.
5. Общая терапия:
  - 1) Режим охранительный: исключение контактов с возможными аллергенами, ограничение водных процедур, сон – не менее 12 часов.
  - 2) Диета: исключить из питания матери высокоаллергенные продукты, ребенку лечебно-профилактические или лечебные смеси, введение каждого нового продукта проводить под строгим наблюдением педиатра
  - 3) Антигистаминные препараты 1-го поколения (хлоропирамин внутрь детям от 1 месяца до 1 года 6,25 мг (1/4 таблетки) 2—3 р/сут, диметинден внутрь детям с 1 месяца до 1 года — 5—10 капель 2—3 р/сут, в течении 7-10 дней)
  - 4) Гипосенсибилизирующие средства (пантотенат кальция детям до 3 лет — 50—100 мг 2 р/сут, 2—3 недели, глицерофосфат кальция детям до 3 лет - 50-200 мг 2-3 р/сут, 2—3 недели).
  - 5) Дезинтоксикационные средства (натрия хлорид по 200—400 мл в/в капельно 2—3 раза в неделю, на курс 3-5 инфузий,).
  - 6) Вегетотропные средства (глицин внутрь детям до 3 лет по 50 мг 2—3 р/сут в течение 7—14 дней, затем в следующие 7—10 дней по 50 мг 1 р/сут,).

**Местное лечение:**

- 1) Топические глюкокортикостероидные препараты (гидрокортизонабутират, мометазона фураат, наружно 2 р/сут.).
- 2) Препараты, оказывающие вяжущее действие (используют в виде примочек, взбалтываемых взвесей или ванночек 1%раствор резорцина, 0,01—0,1% раствор калия перманганата, суспензия оксида цинка 1-2 р/сут. в течение 4-7 дней; пасты или кремы, содержащие 2—3% ихтиол, березового дегтя, нафталанской нефти).

- 3) Комбинированные лекарственные препараты, содержащие глюкокортикостероиды и антибиотики/антимикотики (гентамицин + бетаметазон + клотримазол, бетаметазон + гентамицин, неомидин + натамицин + гидрокортизон, флуоцинолона ацетонид + неомидин, аппликации 2 р/сут в течение 7—14 сут.).
- 4) Анилиновые красители (бриллиантовый зеленый спиртовой раствор наружно 1-2 р/сут в течение 10-16 сут, метиленовый синий 1—3% водный раствор 1—2 р/сут.).

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Осмотр больного, оценка высыпных элементов.
2. Предварительный диагноз.
3. План обследования больного экземой.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Этиопатогенез экземы.
2. Клинические формы экземы.
3. Алгоритм обследования больных экземой.

### 13. 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
<b>Основная литература</b>					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
<b>Дополнительная литература</b>					
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	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
	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 №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. Параспориазы»**

**2. Форма организации учебного процесса:** клиническоепрактическое занятие

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 3. Значение темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики псориаза и группы параспориазеобходимы дерматологам, учитывая тяжесть течения и полиорганность поражения при этих заболеваниях.

#### 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 параспориаза .

#### - знать:

- этиологические и патогенетические факторы развития псориаза;
- классификацию группы параспориаза;
- особенности клинических проявлений и течения псориаза;

#### - уметь

- Воспроизвести симптомы псориатической триады, симптом облатки при парасориазе, феномен скрытого шелушения при парасориазе, симптом Кончаловского-Румпеля-Леде
- составить алгоритм обследования и лечения больных.

**- владеть:**

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната, палаты в стационаре.

**5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия, гистологические препараты.

**6. Структура содержания темы (хронокарта):**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин.- 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г) интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или	90	Тесты по теме, ситуационные задачи

	устно).		
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

### 7. Аннотация (краткое содержание 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.

Псориазом страдает до 3% населения земного шара, чаще в возрасте 20-50 лет. У мужчин и женщин заболевание встречается одинаково часто.

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.

В прогрессирующей стадии псориаза наблюдается изоморфная реакция раздражения (симптом Кебнера), которая выражается в возникновении псориазических высыпаний на местах травмы кожи, иногда даже самой незначительной.

Со временем формирование новых папул и периферический рост высыпаний прекращаются и заболевание переходит в стационарную стадию. Свидетельством остановки роста псориазического элемента и первым признаком регресса является появление псевдоатрофического ободка Воронова: возникающего вокруг папул нежного ободка шириной 2-5 мм, цвета нормальной кожи или несколько бледнее и более блестящего, чем окружающая здоровая кожа, чуть вдавленного и складчатого, наподобие папиросной бумаги. Шелушение в стационарной стадии покрывает всю папулу целиком. Разрешение псориазических высыпаний чаще начинается с их центральной части, что приводит к появлению кольцевидных, гирляндобразных очагов. После разрешения высыпаний на их месте остаются гипопигментированные пятна (реже гиперпигментация).

Псориаз поражает любые участки кожного покрова, однако его излюбленные локализации – разгибательная поверхность конечностей, особенно участки над локтевыми и коленными суставами, волосистая часть головы, зона по краю роста волос

(«псориатическая корона»), область крестца. Нередко отдельные бляшки, особенно в области локтей и колен, стойко держатся в течение длительного времени после разрешения всей остальной сыпи (так называемые «дежурные» бляшки). У некоторых больных поражаются сгибательные поверхности конечностей, крупные складки кожи, гениталии (инверсный псориаз).

Патоморфологические изменения при псориазе: инфильтрация дермы, удлинение некоторых сосочков (неравномерный папилломатоз), образование в них клубочков из полнокровных капилляров. Путем диапедеза лейкоциты проникают в эпидермис и формируют под роговым слоем микроабсцессы Мунро. В эпидермисе также наблюдаются межсосочковый акантоз, отсутствие зернистого слоя, паракератоз.

Своеобразная патоморфологическая структура псориатических папул обуславливает патогномичную для псориаза триаду симптомов, которая определяется путем поскабливания поверхности папулы скальпелем. Вначале в результате дробления чешуек выявляется картина, напоминающая таковую при поскабливании застывшей капли стеарина – симптом «стеаринового пятна». Затем, благодаря тому, что между роговым и шиповатым слоем нет зернистого слоя, компактные нижние ряды рогового слоя отделяются в виде пленки, обнажая влажную поверхность шиповатого слоя (симптом «терминальной пленки»). Дальнейшее поскабливание приводит к повреждению капилляров в удлинённых сосочках с появлением капелек крови (симптом «кровяной росы»).

Течение псориаза различное у разных больных. С ремиссиями в несколько месяцев или лет заболевание тянется до конца жизни, обостряясь чаще в осенне-зимний период года (зимняя форма), реже в весенне-летний период (летняя форма).

Клинические разновидности обычного псориаза.

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

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

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

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



Поражение ногтей проявляется в образовании на поверхности ногтевых пластинок точечных углублений, напоминающих рабочую поверхность наперстка, либо напоминает онихомикоз (тусклая желтоватая ногтевая пластинка с подногтевым гиперкератозом).

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

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

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

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

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

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

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 (ремикейд).

### **Наружная терапия псориаза**

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

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.

### **8. Вопросы по теме 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.

### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

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

правильный ответ: 1

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
- правильный ответ: 5

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
- правильный ответ: 3

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
- правильный ответ: 3

5. ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ 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
- правильный ответ: 1

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
- правильный ответ: 2

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  
правильный ответ: 5

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
- правильный ответ: 1

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
- правильный ответ: 3

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.
- правильный ответ: 2

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.
- правильный ответ: 3

#### **10. Ситуационные задачи по темес эталонами ответов**

##### **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.

### **Ответ к задаче №1**

1. Поставьте диагноз.

Распространенный псориаз, стационарная стадия, зимняя форма.

2. Этиология и патогенез заболевания

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).

3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания

Дифференциальная диагностика с псориазоподобными сифилидами, себорейной экземой, розовым лишаем Жибера, красной волчанкой.

4. Врачей каких специальностей необходимо привлечь к решению вопросов диагностики и лечения сопутствующих заболеваний?

Эндокринолог, гастроэнтеролог.

5. Составьте план лечения больного.

- Режим охранительный: ограничение стрессовых ситуаций

- Диета: исключаются острые блюда, специи, алкогольные напитки, животные жиры. Рекомендуется включать в пищу растительные масла и продукты, богатые витаминами (фрукты, овощи).

- Антигистаминные препараты (хлоропирамин в/м 20 мг (1 мл) 2 р/сут в течение 5-10 сут, мебгидролин в/в 100 мг 2 р/сут в течение 10-20 сут, клемастин в/в 1 мг 2 р/сут, лоратадин в/в 10 мг 1 р/сут., цетиризин).

- Гипосенсибилизирующие средства (кальций глюконат 10% раствор по 10 мл в/м 1 р/сут в течение 10-15 сут, натрия тиосульфат 30%, магния сульфат 25% раствор по 5—10 мл в/м 1 р/сут в течение 10 суток).

- Дезинтоксикационные средства (натрия хлорид по 200—400 мл в/в капельно 2—3 раза в неделю, на курс 3-5 инфузий, натрия хлорид + калия хлорид + магния хлорид по 200—400 мл в/в капельно).

- Седативные и вегетотропные препараты (настойка пиона уклоняющегося внутрь по 30—40 капель 2—4 р/сут в течение 1 месяца, ново-пассит внутрь по 2,5—5 мл 3 р/сут во время еды в течение 1 месяца, глицин внутрь по 100 мг 2—3 р/сут в течение 14—30 дней).
- Витаминотерапия (аскорбиновая кислота, витамин В12 в сочетании с фолиевой кислотой, витамин А, ретинол, рибофлавин, аевит, каратолин).
- Производные метилксантинов (теофиллин, эуфиллин).

Местное лечение:

- Топические глюкокортикостероидные препараты (окситетрациклин + гидрокортизон, бетаметазон дипропионат, гидрокортизонабутират, клобетазол, мометазона фураат, флуоцинола ацетонид наружно 2 р/сут., триамцинолон, оксиклозол, бетаметазона валерат, метилпреднизолона ацепонат наружно 1 р/сут.).
- Синтетические ретиноиды для наружного применения (тазаротин)
- Средства с синтетическими аналогами витамина D3 (такальцитол, кальцитриол).
- Смягчающие средства.
- Физиотерапевтическое лечение ( селективная фототерапия, магнитолазерная терапия, ПУВА-терапия).

### **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.

### **Ответ к задаче №2**

1. Распространенный псориаз, стационарная стадия, зимняя форма
2. В прогрессирующей стадии псориаза наблюдается изоморфная реакция раздражения (симптом Кебнера), которая выражается в возникновении псориазных высыпаний на местах травмы кожи, иногда даже самой незначительной. Псориазная триада включает в себя следующие феномены: феномен стеаринового пятна, феномен терминальной пленки, феномен «кровавой росы» или точечного кровотечения (Ауспитца).
3. Экссудативный псориаз, ладонно-подошвенный псориаз, пятнистый псориаз, поражение ногтей, псориазная эритродермия, пустулезный псориаз, псориазный артрит.
4. Дифференциальная диагностика с псориазоподобными сифилидами, розовым лишаем Жибера, красной волчанкой.

5. Течение псориаза различное у разных больных. С ремиссиями в несколько месяцев или лет заболевание тянется до конца жизни, обостряясь чаще в осенне-зимний период года (зимняя форма), реже в весенне-летний период (летняя форма).

### **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 миллиарными 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 поскрабливании 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.

### **Ответ к задаче №3**

1. Распространенный псориаз, прогрессирующая стадия, зимняя форма.
2. Себорейный псориаз, экссудативный, ладонно-подошвенный, пятнистый, поражение ногтей, псориазная эритродермия, пустулезный псориаз, псориазный артрит.
3. Инфекционные заболевания (особенно стрептококковые, вирусные), стрессы,

применение некоторых групп медикаментов ( $\beta$ -блокаторы, препараты лития и золота, интерфероны, антималярийные средства, пероральные контрацептивы и др), злоупотребление алкоголем, курение, травмы кожи.

4. Косметические недостатки (даже при ограниченных формах, особенно при локализации на лице, кистях, больные отмечают ограничение контактов, прекращение занятий спортом, в некоторых случаях, особенно у молодых людей, развиваются выраженные депрессивные состояния, нередко высыпания на открытых участках тела приводят к потере работы). Ощущение зуда, болезненности при некоторых формах псориаза. Постоянные высокие материальные затраты, связанные с лечением. Инвалидизация при тяжелых формах заболевания и т.д.

5. Необходимо при назначении лечения учитывать клиническую форму, распространенность и активность псориазного поражения соматический статус и возможную реакцию на лечение, возраст и мотивацию пациента.

Современная патогенетическая терапия псориаза заключается в применении супрессивных методов, направленных на: снижение пролиферативной активности



кератиноцитов и нормализацию их дифференцировки; подавление Т-клеточных иммунных реакций в дерме; устранение дисбаланса между противовоспалительными и провоспалительными цитокинами

#### **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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Распространенный псориаз, стационарная стадия, зимняя форма. Псориатический артрит.
2. Рентгенография (изменения на рентгенограммах кистей и стоп,acroileит); УЗИ высокого разрешения (верификация синовитов и энтезитов); Магнитно-резонансная томография (верификация синовитов, энтезитов и раннее выявление эрозий).
3. Асимметричный олигоартрит крупных суставов в сочетании с дактилитом, энтезитами; симметричный артрит, напоминающий ревматоидный артрит; мутилирующий артрит; спондилит, напоминающий болезнь Бехтерева. Сочетание с глазными симптомами – конъюнктивит, увеит
4. Для лечения больных тяжелой степени тяжести, подлежащих системной терапии, а также больных псориазом средней степени тяжести при неэффективности или наличии противопоказаний к ПУВА-терапии
5. - Топические глюкокортикостероиды (моно- или в комбинации с кератопластическими, кератолитическими средствами)
  - Препараты с синтетическим аналогом витамина D3-кальцитриолом (моно- или в комбинации с глюкокортикостероидами)
  - Топические ретиноиды
  - Разрешающие средства – деготь, дитранол

#### **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.

#### **Ответ к задаче №5**

1. Распространенный псориаз, прогрессирующая стадия, зимняя форма. Псориатический артрит.
2. Необходимо учитывать:
  - клиническую форму, распространенность и активность псориатического поражения
  - соматический статус и возможную реакцию на лечение, возраст и мотивацию пациентаСовременная патогенетическая терапия псориаза заключается в применении супрессивных методов, направленных на: снижение пролиферативной активности кератиноцитов и нормализацию их дифференцировки, подавление Т-клеточных иммунных реакций в дерме, устранение дисбаланса между противовоспалительными и провоспалительными цитокинами.
3. - смягчающие, увлажняющие средства с добавлением кератопластических средств (салициловой или молочной кислоты, мочевины)
  - моноглюкокортикостероидные препараты либо их комбинации с кератопластическими, кератолитическими средствами
  - топические ретиноиды
4. - связано с тем, что эффект от применения появляется быстро (активность достаточно высока, сокращение сроков лечения)
  - современные нефторированные топические стероиды лишены местных и системных побочных эффектов, косметических недостатков
  - обладают большим спектром нормализующих воздействий на кожуТопические стероиды оказывают: противовоспалительное действие (сужение сосудов, разрешение воспалительного инфильтрата), эпидермостатическое (снижение пролиферации кератиноцитов) и местноанестезирующее действие (уменьшение зуда).
5. - поражение дистальных межфаланговых суставов
  - дактилит

- асимметричное поражение суставов
- поражение ногтей

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Псориатическая триада
2. Феномен Кебнера
3. Симптом облатки при параспориазе
4. Феномен скрытого шелушения при параспориазе

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Современные аспекты этиологии и патогенеза псориаза
2. Особенности диагностики и лечения псориатического артрита

### 13. 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
<b>Основная литература</b>					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
<b>Дополнительная литература</b>					
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	Ю.В. Карачева,	Красноярск:	5	

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
	болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей	Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	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 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»

**2. Форма организации учебного процесса:** клиническоепрактическое занятие.

Методы обучения: активные(объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

**3. Значение темы:** Знание диагностики, клинических особенностей и дифференциальной диагностики атопического дерматита необходимы дерматовенерологам, учитывая большую распространенность, многообразие клинических форм.

### **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 курируемым больным локальный статус;
- составлять и обосновывать план лечения больных с атопическим дерматитом.

**- владеть:**

- диагностическими тестами, позволяющие верифицировать данное заболевание;
- алгоритмами обследования и лечения больных.

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

**5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

**6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия**(540 мин.- 12 академических часов).

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащённость
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г) интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль	90	Тесты по теме, ситуационные

	знаний (письменно или устно).		задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

### **7.Аннотация** (краткое содержание темы).

В общей европейской популяции атопический дерматит встречается в 0,5-2%, в детской европейской популяции - до 25%.

В настоящее время атопический дерматит относят к так называемым многофакторным болезням, при которых наследственная предрасположенность реализуется под воздействием отрицательных факторов окружающей среды. В основе патогенеза атопического дерматита - IgE-опосредованные аллергические реакции. В формировании заболевания у маленьких детей ведущая роль принадлежит алиментарным аллергенам. В дальнейшем круг аллергенов значительно расширяется. Помимо пищевых, течение заболевания могут определять пыльцевые или бытовые, а также бактериальные и микотические аллергены. Неполноценность иммунного ответа способствует повышенной восприимчивости к различным кожным инфекциям. Большое значение имеют суперантигены бактериального происхождения. Важную роль в патогенезе атопического дерматита играет неполноценность кожного барьера, связанная с нарушением синтеза керамидов. Все дети, перенесшие атопический дерматит, представляют группу риска развития бронхиальной астмы и аллергического ринита.

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.

Дополнительные критерии: сухость кожи, усиленный рисунок на ладонях, повышение содержания иммуноглобулинов E в крови, склонность к гнойничковым заболеваниям кожи, частое воспаление кожи кистей, грудных сосков, сухость и мелкие трещины красной каймы губ, заеды в углах рта, потемнение кожи век, бледность или покраснение кожи



лица, зуд при потении, повышенная пищевая чувствительность, белый дермографизм. Проявляется заболевание обычно на первом году жизни. Болезнь может продолжаться до пожилого возраста, но чаще с возрастом его активность значительно утихает.

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. Постепенно вовлекаются другие участки кожи. Первичными являются отечные, красного цвета, нередко шелушащиеся очаги. При более остром течении наблюдаются маленькие пузырьки, трещины, мокнутье, корки. Характерен сильный кожный зуд. К концу первого - в начале второго года жизни выраженность мокнутья обычно уменьшается. Усиливаются плотность и шелушение очагов. Появляются мелкие узелки. В ответ на постоянное раздражение при чесании кожа становится плотной, грубой, с резко подчеркнутым рисунком (лихенификация). Возможно появление волдырей.

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 мокнутье кожи становится нехарактерным. Преобладают отечные узелки, расчесы, склонность к образованию очагов лихенификации, выраженность которых нарастает с возрастом. К характерным проявлениям этого периода относится также неравномерная окраска кожи, которая особенно заметна обычно в верхней части спины. К концу второго периода возможно уже формирование типичных для заболевания изменений на лице; пигментация на веках (особенно нижних), двойная складка на нижнем веке. В большинстве случаев формируется поражение красной каймы и кожи губ.

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.

Деление на возрастные фазы болезни условно. Характер высыпаний на коже изменяется постепенно. Заболевание может протекать с минимальными клиническими симптомами: сухость кожи, небольшое воспаление и трещины в углах рта, хроническая экзематозная реакция на кистях, заушная опрелость, трещины на подошвах и др.

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.

Образ жизни больных атопическим дерматитом должен включать обязательное соблюдение режима сна, отдыха, приема пищи, правильную профессиональную ориентацию, соблюдение жесткой диеты при обострениях болезни и менее жесткой при хорошем состоянии, гипоаллергенный быт, постоянное использование специальных «базовых» средств ухода, включающих моющие средства с кислым уровнем рН, оживляющие и увлажняющие средства, способствующие восстановлению кожного барьера.

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, 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 H<sub>1</sub>-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 атакс. 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 миелопида, плазмофереза и миелопида, 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.

#### **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Этиология атопического дерматита
2. Классификация атопического дерматита
3. Современные представления о патогенезе атопического дерматита
4. Дифференциальная диагностика атопического дерматита
5. Современные и традиционные методы лечения больных различными формами атопического дерматита
6. Тактика ведения больных с этим заболеванием.

#### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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.

Правильный ответ: г

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.

Правильный ответ: а

3. В механизме развития кожного зуда не участвует: (УК-1, ПК-1, ПК-6):

- а) пруритогенные киназы,
- б) гистамин;
- в) серотонин;
- г) фракция С5- компонента комплемента;
- д) брадикинин.

Правильный ответ: г

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.

Правильный ответ: в

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.

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: г

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.

Правильный ответ: д

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.

Правильный ответ: д

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.

Правильный ответ: д

## **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

### **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.

### **Ответ к задаче №1**

1. Атопический дерматит, первый возрастной период, эритематозно-сквамозная форма.
2. Ведущая роль в развитии атопического дерматита у детей принадлежит генетическим факторам, которые в сочетании с воздействием различных экзогенных факторов приводят к клинической манифестации заболевания. Экзогенные факторы развития атопического дерматита: введение прикорма молочные смеси и коровье молоко. Иммунопатогенез атопического дерматита определяется особенностями генетически запрограммированного иммунного ответа на антиген под воздействием различных провоцирующих факторов (дисбаланс Th1- и Th 2-лимфоцитов с преобладанием последних, дегрануляция тучных клеток, повышенная активность клеток Лангерганса, которые приводят к гиперпродукции IgE и/или IgG-4 — антител).

3. Дифференциальная диагностика с себорейным дерматитом, пеленочным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, чесоткой, строфулюсом, ихтиозом, псориазом, микробной экземой, розовым лишаем Жибера.

4.- Общий анализ кров, определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом. Аллергологическое исследование сыворотки крови — определение специфических IgE/IgG. Кожные пробы — проводятся вне обострения кожного процесса. Серологическая диагностика паразитарных заболеваний. Консультации специалистов: гастроэнтеролога, невропатолога, оториноларинголога, аллерголога.

5.Общее лечение:

1) Диета: исключить из питания матери высокоаллергенные продукты, ребенку лечебно-профилактические или лечебные смеси, введение каждого нового продукта проводить под строгим наблюдением педиатра.

2) Антигистаминные препараты 1-го поколения (хлоропирамин внутрь детям от 1 месяца до 1 года 6,25 мг (1/4 таблетки) 2—3 р/сут, диметинден внутрь детям с 1 месяца до 1 года — 5—10 капель 2—3 р/сут, в течение 7-10 дней)

3) Стабилизаторы мембран тучных клеток (кетотифена гидрофуморат внутрь по 1 мг 2 р/сут в течение 2— 3 месяцев).

4) Адсорбенты (энтеросгель внутрь— 5 мл 1 р/сут 7-10 дней)

5) Гипосенсибилизирующие средства (пантотенат кальция детям — 50-100 мг 2 р/сут, глицерофосфат кальция—50- 200 мг 2—3 р/сут. 2—3 недели).

6) Дезинтоксикационные средства (изотонический (0,9%) раствор хлорида натрия по 200—400 мл в/в капельно 2—3 р/нед.).

7) Седативные и вегетотропные препараты (настойка пиона уклоняющегося внутрь по 1-2 капли 1—2 р/сут в течение 1 недели, глицин внутрь по 50 мг 2—3 р/сут в течение 7-14 дней).

Местное лечение:

1) Глюкокортикостероидные топические средства (мометазона фураат, гидрокортизона 17-бутират, метилпреднизолон ацепонат, алклометазон дипропионат, в форме эмульсии, аэрозоля, крема, мази применяют на ограниченные участки кожи 1—2 раза в день в течение 5—14 дней с постепенной отменой).

2) Топический ингибитор кальциневрина (пимекролимус)

3) Антисептические наружные препараты (фукорцин спиртовой раствор, метиленовый синий 1-3% водный раствор).

4) Пасты, кремы, мази, содержащие нафталанскую нефть 2—5%.

5) Пиритионцин активированный (0,2% аэрозоль, крем) наружно на очаги поражения 2раза в день в течение 14—21 дня.

## 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 экскориации 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.

### **Ответ к задаче №2**

1. Атопический дерматит, II возрастной период, смешанная форма, III степень активности.
2. На основании аллергологического (+) анамнеза, типичной клиники, дополнительных методов обследования.
3. Дифференцировать с: экземами, токсикодермиями, лейкозами гладкой кожи, псориазом, лимфомами, ангиитами, сифилисом, ВИЧ-инфекцией.
4. Дополнительно обследовать органы ЖКТ, консультация аллерголога, иммунолога.
5. В лечении: антигистаминные II и III поколения курсами, иммунокоррекция, методы лечения. Адвантан, элоком, тридерм, алпресан, топикрем.

### **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 экскориации, 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.

### **Ответ к задаче №3**

1. Атопический дерматит, смешанная форма, I возрастной период, III степень активности.
2. Дифференцировать с: экземами, токсикодермиями, псориазом, лейкозами, лимфомой, ВИЧ-инфекцией.
3. Лечение антигистаминные, дезинтоксикационная терапия, сорбенты, ферменты, иммуномодуляторы (фитоадаптогены).
4. Находится на грудном вскармливании до года, в случае обострения кожного процесса – гипоаллергенные смеси (Нипр). Выполнение прививок для второго полугодия календаря щадящим методом. Антигистаминные – фенистил, супрастин, ломинал, ферменты, сорбенты, эубиотики, адвантан, NARCA, алпрессан, топикрем эмульсия.
5. В лечении: антигистаминные II и III поколения курсами, иммунокоррекция, методы лечения. Адвантан, элоком, тридерм, алпресан, топикрем.

### **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 высыпная в виде эритемо-сквамозных пятен и обилия биопсированных узелков. В очагах поражения выражена лихенификация, обилие эксфолиаций. 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.

### **Ответ к задаче №4**

1. Атопический дерматит, III возрастной период, смешанная форма, III степень активности.
2. Дифференцировать с: истинной экземой, псориазом, токсикодермией, парапсориазом, сифилисом.
3. Плазмоферез. Аутол, гемосорбция, лазеротерапия. Иммунокорректоры с антигистаминными II, III поколения. Скин-кап наружно, дардия, адвантан.
4. Первичная профилактика АД проводится в период беременности, отстраняя беременную от вредных факторов окружающей среды. Вторичная – гипоаллергенная диета в период лактации матери, сохранение естественного вскармливания. Третичная - выбор профессии согласно учета профессиональных факторов.
5. Санитарно - курортное лечение летом на озерах своего региона и морях.

### 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 экскориации и пластинчатые чешуйки. Очаги поражения располагаются преимущественно в подколенных и локтевых сгибах, на лице, шее. Сыпь представлена мелкими округлыми папулами розового цвета, местами элементы сливаются, образуя участки сплошной инфильтрации и лихенификации. Ногтевые пластинки на кистях отполированы. Дермографизм стойкий, белый, разлитой.

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

### Ответ к задаче №5

1. Атопический дерматит, третий возрастной период, лихеноидная форма.
2. Существенным фактором в развитии АД является наследственная предрасположенность по атопическим заболеваниям. Экзогенные факторы развития атопического дерматита могут быть аллергенными и неаллергенными. Иммунопатогенез атопического дерматита определяется особенностями генетически запрограммированного иммунного ответа на антиген под воздействием различных провоцирующих факторов (дисбаланс Th1- и Th 2-лимфоцитов с преобладанием последних, дегрануляция тучных клеток, повышенная активность клеток Лангерганса, которые приводят к гиперпродукции IgE и/или IgG-4 — антител).
3. Дифференциальная диагностика с себорейным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, чесоткой, псориазом обыкновенным, ограниченным нейродермитом, микробной экземой, розовым лишаем Жибера.
4. Общий анализ крови, определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом. Аллергологическое исследование сыворотки крови — определение специфических IgE/IgG4. Кожные пробы — проводятся вне обострения кожного процесса. Серологическая диагностика паразитарных заболеваний. Консультации специалистов: гастроэнтеролога, невропатолога, оториноларинголога, аллерголога.
5. Общее лечение:
  - 1) Диета гипоаллергенная: исключить из питания облигатные пищевые аллергены, экстрактивные вещества, острораздражающие блюда, алкоголь, ограничить поваренную соль, углеводы.
  - 2) Антигистаминные препараты 2-го поколения (лоратадин внутрь 10 мг 1 р/сут в течение 2 недель).

- 3) Стабилизаторы мембран тучных клеток (кетотифена гидрофуморат внутрь по 1 мг 2 р/сут в течение 2—3 месяцев).
- 4) Адсорбенты (диоктаэдрический смектит внутрь — по 3 пакетика в день (9 г) в 3 приема, энтеросгель внутрь— 20 мл 3 р/сут,)
- 5) Гипосенсибилизирующие средства (хлористый кальций — 1—10% раствор внутрь — 5—15 мл 2—3 р/сут, глюконат кальция 10% раствор — 1 мл на 1 год жизни, не более 10 мл, в/м № 10-12 ежедневно).
- 6) Дезинтоксикационные средства (калия хлорид + натрия хлорид + магния хлорид (реамберин) по 200-400 мл в/в капельно 2-3 р/нед, изотонический (0,9%) раствор хлорида натрия по 200—400 мл в/в капельно 2—3 р/нед.).
- 7) Седативные и вегетотропные препараты (ново-пассит внутрь по 2,5—5 мл 3 р/сут во время еды в течение 1 месяца, глицин внутрь по 100 мг 2—3 р/сут в течение 14—30 дней).
- 8) Транквилизаторы (гидроксизин внутрь — 25 мг 2—4 р/сут. в течение 3 недель).
- 9) Глюкокортикостероиды для системного применения (дексаметазона фосфат — 4—6 мг/сут в течение 5—7 дней с постепенным снижением дозы вплоть до отмены).
- 10) Иммунодепрессанты (циклоспорин в начальной дозе 2,5—5 мг/кг в сутки до достижения клинического эффекта с последующим снижением дозы по 0,5—1,0 мг/кг в неделю до полной отмены).

#### Местное лечение:

- 1) Глюкокортикостероидные топические средства (мометазона фуолат, гидрокортизона 17-бутират, бетаметазона дипропионат, бетаметазона валерат в форме эмульсии, аэрозоля, крема, мази применяют на ограниченные участки кожи 1—2 раза в день в течение 5—14 дней с постепенной отменой).
- 2) Топический ингибитор кальциневрина (пимекролимус)
- 3) Антисептические наружные препараты (фукокорцин спиртовой раствор, метиленовый синий 1-3% водный раствор).
- 4) Пасты, кремы, мази, содержащие нафталанскую нефть 2—5%.
- 5) Пиритион цинк активированный (0,2% аэрозоль, крем) наружно на очаги поражения 2 раза в день в течение 14—21 дня.
- 6) Физиотерапевтические методы лечения: широкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (селективная фототерапия, длина волны 280—320 нм), узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм, дальняя длинноволновая ультрафиолетовая терапия (УФА—1 терапия, длина волны 340—400 нм), низкоинтенсивная лазерная терапия.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Сбор анамнестических данных у больных, страдающих атопическим дерматитом (локальный статус);
2. Проведение диагностических тестов, позволяющие верифицировать атопический дерматит;
3. Выписка рецептов.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Современные методы лечения атопического дерматита.

2. Принципы местной терапии атопического дерматита. Основные лекарственные формы для наружного применения.

3. Современные методы аллергодиагностики в дерматологии.

### 13. 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
<b>Основная литература</b>					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
<b>Дополнительная литература</b>					
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 РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

**для специальности Дерматовенерология**

клиническая ординатура

**К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ №21**

**ТЕМА: «Пузырные дерматозы. Этиология. Патогенез. Аконтолитические и неаконтолитические 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. Аконтолитические и неаконтолитические пузырьные дерматозы»**

**2. Форма организации учебного процесса:** клиническое практическое занятие

Методы обучения: интерактивные (деловая и ролевая игра).

### 3. Значение темы.

Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики пузырьных дерматозов необходимы дерматологам, учитывая многообразие клинических форм, тяжесть течения, резистентность к лечению, возможность паранеопластического характера данных заболеваний.

#### 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 пузырьных дерматозов.

#### - знать:

- этиологические и патогенетические факторы развития пузырьных дерматозов;
- особенности классификации, клинических проявлений и течения пузырьных дерматозов;

- алгоритм сбора анамнестических данных у больных, страдающих пузырьными дерматозами;
- диагностические тесты, позволяющие верифицировать пузырьные дерматозы;
- диспансеризацию больных пузырьными дерматозами;

**- уметь:**

- забор материала на акантолитические клетки, эозинофилы;
- симптомы Никольского и Асбо – Ганзена;
- йодная проба( Ядассона).

**- владеть:**

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

**5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия, гистологические препараты.

**6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)



5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

### 7. Аннотация (краткое содержание 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 линейный 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 пузырьные 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. Аутоагрессия направлена против межклеточной субстанции, белков десмосом, клеток шиповатого слоя эпидермиса и многослойного плоского эпителия видимых слизистых оболочек разной локализации. Отложение иммунных комплексов на десмосомах приводит к активации межклеточных протеаз и разрушению межклеточной субстанции, разобщению кератиноцитов (акантолизу) и формированию внутриэпителиальной щели, затем супрабазальной полости. С помощью непрямой реакции иммунофлюоресценции в сыворотке крови в пузырьной жидкости больных можно обнаружить антитела, относящиеся иммуноглобулинам класса G. С помощью прямой РИФ на срезах биоптата пораженной и непораженной кожи в межклеточных пространствах выявляются отложения иммуноглобулинов класса G и комплемента.

### **Обыкновенная пузырчатка (*Pemphigus vulgaris*)**

Тяжелое, неуклонно прогрессирующее заболевание, проявляющееся образованием на неизменной коже и видимых слизистых оболочках внутриэпителиальных 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.

У большинства больных вульгарной пузырчаткой дебют заболевания отмечается на слизистой оболочке рта и красной кайме губ (более 60% случаев), реже – на слизистой оболочке гортани, задней стенки глотки, трахеи, носа, половых органов, прямой кишки. Просуществовав с такими относительно локализованными высыпаниями 1-3 месяца (иногда и более), заболевание распространяется на кожные покровы.

Поражение слизистых оболочек при вульгарной пузырчатке наблюдается, как правило, на всех стадиях развития заболевания. Обычно увидеть не вскрывшийся пузырь на слизистой оболочке рта при вульгарной пузырчатке удастся редко из-за его нестойкости.

На слизистой оболочке рта обнаруживают болезненные круглые или овальные эрозии на негиперемированной слизистой. Эрозии имеют красный гляцевый вид или «сальную», покрытую фибрином поверхность. По периферии эрозий можно увидеть беловатые обрывки пузырьной покрывки. При потягивании пинцетом за нее можно вызвать отслоение эпителия дальше границ эрозии («положительный» симптом Никольского). Местами покрывки вскрывшихся пузырей остаются на эрозиях,

создавая впечатление серовато-белого налета. Пораженные участки на губах покрываются гнойными или гнойно-кровянистыми корками. При поражении гортани появляется охриплость голоса. В более редких случаях поражения слизистой оболочки носа пузыри подсыхают в корки, которые затрудняют дыхание, травмируют слизистую оболочку и могут приводить к кровотечениям из носа. В дальнейшем без лечения закономерно наступает поражение кожных покровов. Вначале высыпания носят мономорфный характер и представлены беспорядочно расположенными на голове, туловище и конечностях пузырями на невоспаленной коже с серозным содержимым, которое затем мутнеет. При присоединении пиококковой флоры экссудат приобретает гнойный характер, появляются корки и гиперемия в окружности высыпных элементов. Пузыри могут быть мелкими и крупными, покрывка у них чаще дряблая (при небольшой площади пузыря покрывка может выглядеть относительно напряженной). Пузыри имеют тенденцию к периферическому росту, слиянию между собой. Так как они располагаются интраэпителиально, покрывка их тонкая, легко вскрывается, образуя эрозии с красным длительно неэпителизирующимся дном, по периферии которых остаются белесоватые обрывки пузырьной покрывки. В этой стадии заболевания почти всегда положительны симптомы Никольского – на непораженной коже и краевой. Суть этого феномена, описанного в 1896 году П. В. Никольским, заключается в отслойке части клинически не измененного эпидермиса при скользящем давлении (трении) пальцем рядом с очагом поражения и в отдалении. Верхний слой эпидермиса сдвигается под пальцем в виде тонкой пленки (как бы соскальзывает), образуя эрозию (положительный симптом Никольского на неизменной коже). Краевой симптом Никольского воспроизводится при потягивании пинцетом за покрывку пузыря, когда эпидермис отслаивается за пределы пузыря более 0,5 см. Менее информативен симптом, описанный Асбо-Ханзенем. При давлении пальцем или покровным стеклом сверху на пузырь, площадь его основания увеличивается. Этот симптом положительный не только при пузырчатке, но и при пемфигоидах за счет перифокальной отслойки эпидермиса возрастающим давлением пузырьного содержимого в краевой зоне.

Эрозии постепенно увеличиваются в размерах, покрываются рыхлыми серозными и серозно-гнойными (импетигиозными) корками (при присоединении вторичной инфекции). Площадь поражений неуклонно увеличивается, особенно в местах давления и трения (спина, поясница, складки). Появление новых пузырьных высыпаний может сопровождаться повышением температуры тела. В разгаре заболевания высыпания свежих пузырей, периферический рост эрозий, медленная их эпителизация приводят к образованию обширных эрозивных участков. Эти проявления сопровождаются выраженными симптомами интоксикации, высокой лихорадкой, адинамией, потерей аппетита, нарастающим истощением, сильными болями в пораженной коже, нарушением сна. В этой стадии больные без адекватной терапии погибают (интоксикация, сепсис, кахексия). 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 покрышки 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 поскабливание 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 десмоглеину-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. Дифференциальный диагноз проводят с другими клиническими разновидностями истинной (акантолитической) пузырчатки, с другими пузырными заболеваниями (пемфигоидами, хронической доброкачественной семейной пузырчаткой Гужеро-Хейли-Хейли, герпетиформным дерматозом Дюринга), а также с проявлениями синдромов Лайелла, Стивенса-Джонсона, буллезной токсикодермией, в том числе с паранеопластическим пемфигусом.

#### **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). Различие в клинических проявлениях выявляется лишь тогда, когда в области сливающихся эрозивных очагов поражения появляются вегетирующие (папилломатозно-верруциформные) образования. Дальнейшее прогрессирование заболевания на коже может протекать по двум типам.

I тип вегетирующей пузырчатки (Neumann, 1876; классический тип). Вялые пузыри на негиперемированной коже располагаются преимущественно периорифициально и в складках кожи. Внутри пузырей, а после их вскрытия и на поверхности эрозий развиваются вегетирующие (верруциформные) очаги с гиперкератозом. Выстоящие над уровнем кожи бляшки растут по периферии, сливаются с соседними, образуя крупные сливные вегетирующие поверхности серовато-белого цвета. Отделяющийся экссудат обычно ссозно-гнойный со зловонным запахом из-за почти постоянно присоединяющейся вторичной инфекции – микробной и грибковой (рода *Candida*). По периферии очаги окружены узкой эрозированной каймой, за которой видны остатки покровов пузырей. Рядом могут возникать типичные пузыри на неизменной коже, иногда – пустулы. Бородавчатые гиперкератотические бляшки развиваются не только в складках, где они наиболее выражены, но и вне их (на голове, конечностях). Здесь на их поверхности образуются корки грязно-серого цвета с болезненными трещинами и зловонным запахом.

II тип вегетирующей пузырчатки (H. Hallopeau, 1898; «вегетирующая пиодермия»). Высыпания обычно локализуются в складках кожи, однако первичным элементом сыпи является не плоский пузырь на негиперемированной коже, а сгруппированные желтоватые пустулы (по сути – мелкие акантолитические пузыри с большим скоплением в содержимом эозинофильных лейкоцитов). Внутри них, а после вскрытия – на дне эрозий развиваются верруциформные папилломатозные разрастания, поверхность которых мацерируется отделяющимся серозно-гнойным экссудатом с гнилостным запахом. Типично появление по краю очагов новых пустул, обуславливающее их периферический рост. К мокнущим вегетациям, как правило, присоединяется бактериальная и грибковая инфекция, что сопровождается сильными болями в пораженной коже. Независимо от типа вегетирующей пузырчатки, при распространении поражений на коже общее состояние больных прогрессивно ухудшается. Нарастает интоксикация, усиливается лихорадка, резко ухудшается аппетит, возникает бессонница, прогрессирует истощение, присоединяется сепсис. В ряде случаев вегетирующая пузырчатка может переходить в вульгарную.

Диагностику вегетирующей пузырчатки проводят по тем же критериям, что и вульгарной пузырчатки, с учетом изменяющегося первичного элемента; и его дальнейшей эволюции. Все симптомы Никольского воспроизводятся в очагах и рядом с ними. В мазках-отпечатках со свежих эрозий обнаруживают акантолитические клетки и эозинофилы.

Патоморфология. При вегетирующей пузырчатке I типа на ранних этапах развития заболевания гистологические изменения в пораженной коже (свежий пузырь) аналогичны таковым при вульгарной пузырчатке. При исследовании папилломатозно-веррукозных очагов обнаруживают массивный акантоз и папилломатоз, гиперкератоз, часто встречаются внутриэпидермальные микроабсцессы с эозинофильными лейкоцитами. На этой, более поздней, стадии супрабазальный акантолитический пузырь можно не обнаружить; При II типе вегетирующей пузырчатки ранние очаги, представленные пузырями-пустулами, характеризуются акантолизом с образованием мелких щелей, локализующихся супрабазально в шиповатом слое эпидермиса и заполненных эозинофилами и отдельными акантолитическими клетками. В дерме отмечается выраженный эозинофильный инфильтрат, а в эпидермисе – эозинофильный спонгиоз.

При иммунофлюоресцентном исследовании пораженной кожи в межклеточных пространствах шиповатого слоя эпидермиса (супрабазально) обнаруживают отложения IgG и комплемента. В крови больных с помощью непрямой иммунофлюоресценции выявляют высокие титры аутоантител (класса IgG) к белкам элементов десмосом (плакоглобину и десмоглеину-3).

### **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 гиперемированном 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 – десмоглеину-1 (протеину с молекулярным весом 160 кД). Заболевание может провоцироваться солнечными лучами, некоторыми медикаментами (например, D-пеницилламином), злокачественными опухолями (тимомами). Заболевание встречается намного реже вульгарной пузырчатки, поражаются преимущественно люди в возрасте 30-60 лет, хотя заболевают и дети.

Клиническая картина. Обычно на волосистой части головы, лице, груди и спине на неизменной или слабо гиперемизированной коже появляются дряблые плоские пузыри с морщинистой крышкой и отдельные эрозии, быстро трансформирующиеся в слоистые чешуйко-корки. Рядом видны эритематозные пятна с чешуйками и корочками на поверхности. Иногда начальные проявления могут напоминать вульгарную пузырчатку или герпетический дерматоз. Слизистые оболочки не поражаются. Характерным клиническим признаком является повторяющееся образование на местах прежних эрозий под корками новых поверхностных пузырей со скудным содержимым. Это приводит к формированию в очагах поражения наслоений желтовато-коричневых чешуйко-корок, похожих на слоеное тесто или спрессованные листья. В складках кожи эрозии частично покрыты мацерированным эпидермисом, отделяют клейкий экссудат с неприятным запахом (результат жизнедеятельности бактерий и дрожжей). Таким образом, в клинических проявлениях на коже доминируют эритематозные очаги, покрытые слоистыми чешуйко-корками, в то время как вялые плоские пузыри и эрозии видны лишь на отдельных местах и как бы отходят на второй план. Симптом Никольского резко выражен в очаге и на неизменной коже вблизи от него. Неуклонно продолжающийся периферический рост и слияние очагов поражения приводят к развитию тотального (или субтотального) поражения кожи – вторичной эксфолиативной эритродермии. Вся кожа становится темно-красного цвета и покрыта желтовато-коричневыми слоистыми чешуйко-корками; она инфильтрирована, появляются трещины и мокнутие в складках и в области суставов. Больные испытывают постоянное жжение, зуд, боль в пораженной коже, зябкость, повышается температура тела. По мере распространения поражения кожи нарастают ухудшение общего состояния больных, слабость, исхудание, присоединяется вторичная инфекция, и больные погибают без адекватной терапии. При длительном существовании эритродермии развиваются дистрофические изменения ногтей, частично выпадают волосы.

Диагностика осуществляется по тем же критериям, что и других форм истинной пузырчатки. В мазках-отпечатках со дна свежих эрозий обнаруживают акантолитические клетки пемфигуса.

Патоморфология. Характерно наличие внутриэпидермальных щелей и поверхностных пузырей, локализующихся под зернистым или роговым слоем эпидермиса. Акантолиз виден лишь редко. В старых очагах – гиперкератоз, в том числе фолликулярный, паракератоз, дегенеративные изменения в зернистом слое – акантолиз и дискератоз зернистых клеток. Умеренная воспалительная инфильтрация верхних отделов дермы, иногда со значительной примесью эозинофильных лейкоцитов.

С помощью прямой и непрямой реакции иммунофлюоресценции не удается отличить листовидную пузырчатку от вульгарной. Оба заболевания характеризуются сетевидным отложением аутоантител в межклеточных пространствах эпидермиса.

Дифференциальный диагноз. При локализованных высыпаниях на лице, коже головы и груди заболевание напоминает вначале себорейный дерматит, кожные формы красной волчанки, распространенное импетиго. При развитии эксфолиативной эритродермии листовидную пузырьчатку дифференцируют от эритродермии другого происхождения.

### **Себорейная (эритематозная) пузырьчатка**

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 пузырьчатки (поверхностные вялые пузыри с тонкой крышкой, быстро трансформирующиеся в чешуекорки). Эта редкая форма пузырьчатки может начинаться в более раннем возрасте (около 30 лет), чем вульгарная пузырьчатка. У большинства врачей сложилось устойчивое мнение, что себорейная пузырьчатка, имеющая общий патогенез и общие клинические проявления с листовидной пузырьчаткой, является либо ее доброкачественной формой, либо ранней фазой развития.

Себорейная пузырьчатка протекает хронически, относительно доброкачественно. Она может проявляться ограниченными очагами поражения. Заболевание провоцируют УФ-облучение и некоторые медикаменты (пеницилламин, напроксен, каптоприл и некоторые другие). Без адекватной терапии постепенно в течение нескольких лет может сформироваться универсальное поражение кожи – частичная или тотальная эксфолиативная эритродермия. В таких случаях констатируют переход себорейной в листовидную форму пузырьчатки.

Патогенез. Механизм образования пузыря также аутоиммунный, но, в противоположность вульгарной пузырьчатке, аутоантитела образуются к другой субстанции клеточных десмосомальных контактов (к протеинам десмоглеину-1 и плакоглобину). При этом акантолиз реализуется в самых верхних слоях шиповатого слоя, под зернистым или даже под роговым слоем (субкорнеально). Особенностью является полосовидное гомогенное отложение флюоресцирующих аутоантител (ПИФ) в зоне базальной мембраны (как при красной волчанке). В сыворотке крови обнаруживают более чем у 80% больных себорейной пузырьчаткой антиядерные антитела (как при системной красной волчанке).

Клиническая картина. Наиболее часто первые симптомы заболевания возникают на коже лица, волосистой части головы. В этой локализации очаги поражения могут существовать в течение нескольких месяцев или даже лет; затем обычно возникает диссеминация, преимущественно на себорейных участках туловища – на коже груди, спины, плеч. Высыпания представлены симметрично расположенными отчетливыми эритематозными очагами круглой или овальной формы, разной величины, покрытыми наслоением чешуек и плоских корок, в особенности на спине и груди. Корки на поверхности эритематозных очагов плотные или рыхлые, легко осадняются при трении одеждой, мытье с образованием поверхностных эрозий. Длительное существование корок, периферический рост и слияние очагов могут постепенно привести к развитию субтотального или тотального поражения кожи. Тогда обычно диагностируют эритродермическую форму листовидной пузырьчатки. В этот период обычно повышается температура тела и ухудшается общее самочувствие больного. В большинстве случаев периферический рост эритематозных бляшек, покрытых чешуйко-корками, выражен незначительно. Рядом с ними иногда обнаруживаются



дряблые тонкостенные пузыри, которые быстро вскрываются и поэтому могут оставаться незаметными как для больного, так и для врача. Рядом с очагами и в их пределах хорошо выражен симптом Никольского. Слизистые оболочки поражаются сравнительно редко. В этих случаях очаги напоминают поражение при вульгарной пузырчатке и выражены незначительно.

Диагностика себорейной пузырчатки осуществляется по тем же критериям, что и других форм истинной пузырчатки. Все разновидности симптома Никольского резко положительны.

В мазках-отпечатках со дна свежих эрозий обнаруживают дискератотические кератиноциты, лейкоциты. Обнаружить акантолитические клетки удается не всегда, что объясняется высоким уровнем акантолиза.

При гистологическом исследовании в эпидермисе видны щели и плоские пузыри под роговым или зернистым слоем. Из-за этого акантолиз различим лишь местами. В области базальных кератиноцитов видна вакуольная дегенерация (так же, как при листовидной пузырчатке). Нерезко выражен фолликулярный гиперкератоз. В дерме – расширение капилляров и периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты, а также утолщение базальной мембраны (PAS-реакция).

С помощью прямой иммунофлюоресценции в очагах поражения (в межклеточных пространствах шиповатого слоя) удается обнаружить фиксированные антиэпителиальные антитела типа IgG. Иммунологической особенностью этой формы пузырчатки является полосовидное гомогенное отложение IgG и C<sub>3</sub>-комплемента субэпидермально в зоне базальной мембраны, наблюдающееся у 50–70% пациентов (положительный полосовидный тест, как при дискоидной красной волчанке). В сыворотке крови обнаруживают высокие титры антител класса IgG к антигенным компонентам межклеточной субстанции эпидермиса, а также антиядерные антитела (как при системной красной волчанке) более чем у 80% больных себорейной пузырчаткой.

Дифференциальный диагноз себорейной (эритемагозной) пузырчатки проводят с другими формами пузырчатки, себорейным дерматитом, с кожными формами красной волчанки, с распространенным стрептококковым и вульгарным импетиго.

### **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 пузырчаткой 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.

Терапию следует начинать в дерматологическом стационаре после всестороннего клинического обследования больного и подтверждения диагноза. Особенно важно выяснить состояние желудочно-кишечного тракта, наличие хронических очагов инфекции и других сопутствующих заболеваний. Ударная доза гормонов должна оставаться неизменной до полной эпителизации эрозий на коже (от 3 до 6 недель) – I этап лечения. Дальнейшее снижение глюкокортикостероидов проводят очень медленно (в среднем – на 5 мг преднизолона в 7-10 дней) до поддерживающей дозы. II этап лечения гормонами длится обычно около 4 месяцев. Поддерживающей дозой кортикостероидов считают ту минимальную дозу, которая сдерживает у конкретного больного образование пузырей. Эта доза «оттитровывается» врачом с учетом конкретных клинических данных – до появления свежего пузыря или эрозии. У каждого больного поддерживающая доза индивидуальна и обычно колеблется около 20 мг преднизолона в сутки.

Самый продолжительный в лечении больных – III этап. Поддерживающую терапию гормонами приходится проводить годами, пожизненно, даже при развитии осложнений, вызванных их применением. Иногда амбулаторно, вопреки рекомендации врача, больные самовольно полностью прекращают лечение поддерживающими дозами кортикостероидов (или быстро снижают дозу), полагая, что они излечились. В большинстве таких случаев наступает рецидив заболевания, которое протекает еще более злокачественно. В этой ситуации необходима повторная госпитализация и возобновление лечения ударными дозами глюкокортикостероидов. Но величина суточной дозы должна превышать применявшуюся на 30-40%. В таких случаях возможна сочетанная терапия кортикостероидами и цитостатиком (азатиоприн 2,5 мг/кг массы тела в день или метотрексат 35-50 мг в неделю). Применение цитостатиков целесообразно при развитии у больных латентной пузырчаткой тяжелых осложнений на фоне длительного применения поддерживающей терапии стероидами. При себорейной пузырчатке эффективным является сочетание глюкокортикостероидов с производными хлорхинолина (делагил, резохин, плаквенил). Таким образом, применение адекватной иммуносупрессивной терапии глюкокортикостероидными гормонами самостоятельно или в сочетании с цитостатиком приводит к ремиссии пузырчатки, на многие годы продлевает жизнь пациентов и сохраняет их трудоспособность.

Наружная терапия при пузырчатке 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.

Нарушение водно-солевого баланса в организме: гипокалиемия проявляется в нарушении проводимости мышцы сердца (ЭКГ), поэтому одновременно с кортикостероидами назначают препараты калия (аспаркам, панангин, оротат калия и др.); гипокальциемия может вызвать у больного парестезии, судороги поперечнополосатых мышц, остеопороз и остеомалацию, развитие патологических переломов; в связи с этим назначают препараты кальция (кальций-D<sub>3</sub>) и тирокальцитонин (кальцитрин) подкожно. Задержка солей натрия способствует развитию стероидной гипертонии и отеков, поэтому периодически назначают гипотензивные средства и калийсберегающие мочегонные.

Гипопротеинемия, развивающаяся вследствие катаболизма белка, может проявляться безбелковыми отеками из-за снижения онкотического давления плазмы. В связи с этим больным назначают анаболические гормоны (ретаболил или неробол внутримышечно раз в 2-3 недели).

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<sub>1</sub>-рецепторов. Возникновение пептической язвы на фоне лечения больного пузырчаткой 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 гипоугл с водную 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 пузырчаткой (*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.

Этиология и патогенез. Этиология заболевания неизвестна. Патогенез аутоиммунный.

В его основе аутоиммунная реакция с образованием аутоантител к белку с молекулярным весом 230 кД. Этот белок является составной частью базальной мембраны многослойного плоского эпителия и синтезируется кератиноцитами базального слоя. Эти аутоантитела были названы антителами буллезного пемфигоида, они обнаруживаются у 80–90% больных и относятся к классу иммуноглобулинов G.

Фиксированные полосовидно на базальной мембране аутоантитела активируют фактор комплемента, что приводит к высвобождению лейкотриена В<sub>4</sub> из тучных клеток, обуславливает хемотаксис эозинофильных, нейтрофильных гранулоцитов и макрофагов.

Высвобождаемые ими протеолитические ферменты приводят к разрушению верхних слоев базальной мембраны, разделению эпидермиса и дермы, формированию субэпителиального пузыря.

У части больных буллезный пемфигоид возникает как паранеопластическое заболевание.

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. При группировке пузыри иногда образуют очаги причудливых очертаний, располагаются на фоне эритемы и весьма напоминают проявления герпетического дерматоза. В ряде случаев волдыри и эритематозные пятна могут предшествовать появлению пузырей. Высыпания обычно распространенные, симметрично расположенные, хотя изредка встречаются и локализованные варианты буллезного пемфигоида. Частыми местами поражения являются боковые поверхности шеи, подмышечные области, паховые складки, сгибательные поверхности конечностей и верхняя часть живота. Иногда буллезный пемфигоид начинается с пузырей на ладонях и подошвах и напоминает проявления многоформной экссудативной эритемы. При вскрытии пузырей образуются эрозии без тенденции к периферическому росту, которые покрываются серозными и серозно-кровянистыми корками, сравнительно быстро эпителизируются, оставляя пигментацию. Таким образом, при буллезном пемфигоиде имеет место как истинный, так и эволютивный полиморфизм высыпаний. Появление многочисленных свежих высыпаний сопровождается повышением температуры тела, потерей аппетита, нарастанием зуда, ухудшением общего самочувствия больного. Краевой симптом

Никольского может быть слабо положительным, в то время как на неизменной коже рядом с очагом поражения симптом Никольского обычно отрицательный.

Слизистая оболочка рта поражается сравнительно редко (около 10-20%), обычно – при распространенных высыпаниях на коже. На слизистой оболочке твердого неба, щек или десен обнаруживают мелкие напряженные пузыри с серозным или серозно-геморрагическим содержимым. В отличие от вульгарной пузырчатки, пузыри при буллезном пемфигоиде сохраняются на слизистой оболочке рта в течение нескольких дней из-за большой глубины залегания и толстой покрывки. При их вскрытии образуются болезненные, четко отграниченные эрозии без фибринозного налета, которые эпителизируются быстрее, чем при пузырчатке. Очень редко помимо кожи может поражаться слизистая оболочка глотки, гортани, гениталий, глаза.

Заболевание может протекать хронически с обострениями и ремиссиями разной длительности (месяцы, годы). Без лечения смертность меньше, чем при вульгарной пузырчатке (около 40%). Больные могут погибнуть от присоединения вторичной инфекции (бронхопневмония, сепсис и др.) или от декомпенсации имевшихся болезней. У больных буллезным пемфигоидом развиваются вторичная анемия, лейкоцитоз с умеренной эозинофилией, увеличивается СОЭ, повышается содержание в сыворотке иммуноглобулинов Е.

Диагностика. В мазках-отпечатках со дна свежей эрозии обнаруживают большое количество эозинофилов (20-30% и более), акантолитические клетки отсутствуют.

Гистологическое исследование обнаруживает субэпидермальную полость с многочисленными эозинофилами. Базальная мембрана расщеплена и прослеживается как в основании пузыря, так и в его покрывке. В дерме имеется отек сосочков и инфильтрат, состоящий в основном из эозинофильных гранулоцитов.

С помощью ПИФ в биопсированных участках пораженной кожи больных обнаруживают гомогенное полосовидное отложение иммуноглобулинов G и C3-комплемента в зоне базальной мембраны. С помощью непрямой ИФ в сыворотке крови и пузырьной жидкости у 80-90% больных обнаруживают антитела класса IgG к белку, входящему в состав базальной мембраны. Их титры не коррелируют с тяжестью течения заболевания.

Дифференциальный диагноз проводят с вульгарной пузырчаткой, буллезной формой герпетиформного дерматоза Дюринга, буллезной формой полиморфной экссудативной эритемы и буллезной токсидермией.

Лечение. Подробно обследуют больных для выявления злокачественных опухолей и других сопутствующих заболеваний. Исключают лекарственные препараты и воздействия, которые могут провоцировать буллезный пемфигоид.

Основой является патогенетическая терапия иммуносупрессантами (глюкокортикоиды самостоятельно или в сочетании с азатиоприном или ДДС). Преднизолон (или другой ГК в эквивалентной дозе) назначают в средних дозах (40–60 мг в день) до получения выраженного клинического эффекта (обычно 2-3 недели). Затем дозу постепенно снижают до поддерживающей (10-15 мг преднизолона в сутки). Если в течение последующих 3-6 месяцев терапии поддерживающей дозой не появляются высыпания, глюкокортикостероиды можно полностью отменить. При наличии противопоказаний для назначения преднизолона можно попробовать лечение азатиоприном или ДДС (авлосульфон). Наружная терапия такая же, как и при пузырчатке.

**Рубцующийся 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*). В зоне базальной мембраны методом прямой ИФ выявляют линейное отложение IgG и C<sub>3</sub>-комплемента, редко – также IgA и IgM. С помощью непрямой ИФ в сыворотке крови чаще не удается обнаружить аутоантитела к базальной мембране в отличие от буллезного пемфигоида. До сих пор неясны причины образования рубцовой атрофии на слизистой оболочке при формировании субэпителиального пузыря.

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. При разрыве покрывки пузыря образуются мясо-красного цвета глубокие эрозии, внешне напоминающие поверхностные язвы. Они не склонны к периферическому росту, со временем покрываются серовато-белым фибринозным налетом (особенно на слизистой оболочке рта и глотки). Характерной клинической особенностью рубцующего пемфигоида является способность к повторным возникновением пузырей и эрозий на одних и тех же местах. Это в конечном итоге приводит к деструктивным рубцовым изменениям с существенным нарушением функции пораженного органа (слепота, стриктура пищевода, уретры и др.). Помимо слизистых оболочек иногда может поражаться и кожа, что обычно происходит после поражения слизистых оболочек (обычно через несколько лет). Локализация высыпаний преимущественно в области естественных отверстий, кожных складок, области пупка. Высыпания (стойкие, напряженные пузыри на гиперемизованном фоне) клинически такие же, как и при буллезном пемфигоиде, но оставляют после себя атрофические рубцы. Кроме этого, они протекают легче и быстрее регрессируют. Обычно проявления на коже распространенные, но встречаются и ограниченные варианты РП с рецидивированием пузырей в пределах одного и того же очага поражения и формированием на нем атрофических рубцов. Симптомы Никольского (краевой и на неизменной коже) всегда отрицательные. Течение рубцующего пемфигоида обычно волнообразное на протяжении ряда лет без существенного нарушения общего состояния. Лишь при поражении пищевода из-за формирования его рубцового сужения постепенно развивается истощение и кахексия.

Диагностика. В мазках-отпечатках со дна эрозий акантолитические клетки пемфигуса отсутствуют.

При гистологическом исследовании пораженной слизистой оболочки или кожи обнаруживают субэпителиальную полость без признаков акантолиза. В верхней части

подслизистого слоя или дермы – воспалительный инфильтрат из лимфоцитов, плазматических клеток с примесью эозинофильных лейкоцитов. Позднее в подслизистом слое (дерме) – выраженная активность фибробластов с фиброзом, ангиоплазией и дегенерацией коллагеновых волокон под базальной мембраной.

С помощью ПИФ в 60-80% биопсий пораженной слизистой оболочки в зоне базальной мембраны можно обнаружить линейное отложение иммуноглобулинов G и C3-комплемента, одних или в комбинации с IgA. Непрямая ИФ малоинформативна, так как циркулирующие пемфигоидные антитела в сыворотке больных обнаруживают редко (около 10-20%).

**Дифференциальный диагноз.** В начале заболевания при изолированном поражении слизистой оболочки рта рубцующий пемфигоид необходимо отличать от вульгарной пузырчатки, эрозивного красного плоского лишая, хронической красной волчанки и болезни Бехчета. Помимо клинических данных весьма важны результаты цитологического, гистологического и иммунологического исследований.

**Лечение.** Системное применение глюкокортикостероидов при рубцующем пемфигоиде оказывает менее выраженный терапевтический эффект, чем при буллезном пемфигоиде. Общее лечение глюкокортикостероидами и цитостатиками проводят только при генерализованных буллезных высыпаниях, что бывает редко. Предпринимают попытки лечить больных рубцующим пемфигоидом антималярийными препаратами, дапсоном и ретиноидами (роаккутан и неотигасон). В поздней, рубцовой, стадии заболевания рационально оперативное вмешательство с последующей пластикой дефекта. На очаги поражения применяют кортикостероиды в форме растворов, суспензии, геля или крема в зависимости от стадии и локализации очага. При поражении глаз – лечение у офтальмолога.

### **Герпетиформный дерматит 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. Характерные для глютеновой болезни симптомы (упорные поносы, метеоризм, стеаторея и др.) при герпетиформном дерматозе обычно отсутствуют или выражены нечетливо. Вот почему при сборе анамнеза необходимо обращать внимание даже на минимальные симптомы, характерные для целиакии. Нагрузка больных глютену вызывает ухудшение симптомов как со стороны кожи, так и со стороны тонкой кишки. Напротив, при соблюдении диеты, свободной от глютенов, у большинства таких больных регрессируют изменения как со стороны кожи, так и со

стороны тонкой кишки. Как при целиакии, так и при герпетиформном дерматозе в сыворотке крови больных обнаруживают антитела класса IgA (редко также IgG и IgM) к глиадину. Специфичными для герпетиформного дерматоза и целиакии считают антитела класса IgA к ретикулярной соединительной ткани (ретикулину). Полагают, что образующиеся иммунные комплексы (глиадин – иммуноглобулин А) гематогенно достигают кожи, фиксируются в области вершечек сосочков дермы и базальной мембраны и вызывают стереотипную воспалительную реакцию. Она запускается благодаря активации комплемента, что приводит к усилению хемотаксиса нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов, миграции их в субэпителиальную зону. Происходит высвобождение ферментов гранулоцитов, что, в свою очередь, приводит к отслоению эпидермиса от дермы и формированию субэпидермального пузыря.

Клиническая картина заболевания характеризуется истинным полиморфизмом высыпаний, их группировкой (как при герпесах), сильным зудом и жжением. Высыпания обычно располагаются симметрично, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, верхней части спины, животе, ягодицах. Вначале возникают эритематозные или уртикарные элементы, в редких случаях образуются даже папулы. По краю эритематозных и ур-тикарных очагов формируются герпетиформно расположенные мелкие напряженные пузыри с серозным содержимым (характерный мелкопузырный, или герпесоподобный, вариант). Реже также на эритематозных пятнах или сливных уртикарных элементах возникают напряженные крупные пузыри (до 2 см диаметром) с прозрачным содержимым (буллезный, или пемфигоидный, вариант герпетиформного дерматоза). Ведущей жалобой является сильный зуд с одновременным ощущением жжения и боли в очагах высыпаний. Зуд столь интенсивен, что нарушается сон больных, возникают многочисленные кровянистые эксфолиации элементов сыпи. Появляются кровянистые корки, отдельные эрозии, возможны очаги лихенификации и развитие вторичной пиодермии. При регрессе высыпаний на их месте остаются стойкая пигментация и мелкие рубчики после глубоких расчесов. Общее состояние больных обычно мало нарушается, хотя в период распространения высыпаний повышается температура тела, больные теряют в весе. Симптомы Никольского отрицательные. Слизистая оболочка рта не поражается. Достояна внимания частая эозинофилия в периферической крови, содержимом пузыря, а также в костном мозге. Достаточно характерной для герпетиформного дерматоза является повышенная чувствительность больных (помимо глютенa) к препаратам йода. Так, при их применении в общей терапии может наблюдаться резкое обострение поражения кожи, появление свежих многочисленных высыпаний. С диагностической целью используют накожную компрессную пробу с мазью, содержащей йодистый калий (20-50%) (проба Ядассона). Через 24-48 ч в месте постановки пробы появляются гиперемия и характерные для заболевания сгруппированные мелкие пузыри. У 70% больных герпетиформным дерматозом при биопсии тонкой кишки обнаруживают такие же изменения, как и при целиакии. К ним относятся атрофия ворсинок эпителия разной выраженности, лимфоцитарная воспалительная инфильтрация и нарушение ферментативной активности эпителия тонкой кишки. Поэтому у больных герпетиформным дерматозом необходимо подробное исследование желудочно-кишечного тракта для исключения другой патологии: стриктур или дивертикула пищевода, атрофического гастрита, стеатореи, липодистрофии, ректоколита, лимфомы.



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. В сосочковом слое – отек и воспалительный инфильтрат, состоящий из гистиоцитов, лимфоцитов, эозинофильных и нейтрофильных лейкоцитов. Типичными являются микроабсцессы на вершинах сосочков дермы, состоящие из эозинофильных и нейтрофильных лейкоцитов.

При ПИФ пораженной кожи обнаруживают зернистое отложение IgA и C3-фракции комплемента на вершинах сосочков дермы. Реже выявляют зернистолинейное его отложение в зоне базальной мембраны. С помощью непрямой ИФ у 80% больных выявляют IgA-антитела к эндомизию (межфибриллярной субстанции гладких мышц), антитела к альфа-глиадину (IgG и IgA) и антитела к тканевой трансглутаминазе (IgA и IgG).

Дифференциальная диагностика. Симметричность высыпаний, их полиморфизм с герпетиформным расположением мелких пузырей, излюбленная локализация, интенсивный зуд кожи со жжением и хроническое, рецидивирующее доброкачественное течение помогают заподозрить герпетиформный дерматоз. Подтвердить диагноз помогают результаты цитологического, гистологического, иммунологического и аллергологического исследований. Диагноз может быть также подтвержден и с помощью лечения *ex juvantibus*, так как после назначения диаминодифенилсульфона (ДДС) высыпания и зуд регрессируют в течение нескольких дней.

При мелкопузырном варианте герпетиформного дерматоза его следует дифференцировать от чесотки, почесухи взрослых и пруригинозных высыпаний при атопическом дерматите, от субкорнеального пустулеза. При буллезном варианте – от вульгарной пузырчатки, пемфигоида, иногда и от многоформной экссудативной эритемы.

Лечение. Во всех случаях комплексного лечения герпетиформного дерматоза рекомендуется безглютеновая диета, т. е. исключение из рациона большого количества пищи из пшеницы, ржи, овса, ячменя, проса и других злаков, а также продуктов питания и напитков из них (хлеб, макаронные изделия, 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.

## **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Классификация пузырных дерматозов.
2. Акантолитические пузырные дерматозы.

3. Неакантолитические пузырьные дерматозы.
4. Дифференциальная диагностика пузырных дерматозов.
5. Методы лечения больных пузырьными дерматозами.

### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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.

Правильный ответ: в

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.

Правильный ответ: г

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

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: г

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.

Правильный ответ: а

6. Себорейная пузырьчатка 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 герпетиформного дерматита.

Правильный ответ: б

7. Наиболее часто пузырьчатка 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.

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: а

10. Наиболее характерным иммунологическим феноменом герпетиформного дерматита является: (УК-1, ПК-1):

- а) отложение IgA в шиповатом слое;
- б) отложение IgA на вершущках дермальных слоев;
- в) отложение IgM в зоне блестящей пластинки базальной мембраны;

- г) повышенный уровень IgE;
  - д) отложение IgM в зоне основной пластинки базальной мемbrane.
- Правильный ответ: б

## **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

### **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.

**ВОПРОСЫ:**

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.

**Ответ к задаче №1:**

1. Истинная акантолитическая пузырчатка, вульгарная форма.
2. Мазки-отпечатки на акантолитические клетки. Содержимое пузырей на эозинофилы. Биопсия.
3. Дерматит Дюринга. Пемфигоид Левера. Буллезная форма токсикодермии. Буллезная форма стрептодермии. Рубцующий пемфигоид.
4. ГКС. Патогенетическая и симптоматическая терапия.
5. Длительное диспансерное наблюдение. Поддерживающая доза ГКС.

### **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.

**ВОПРОСЫ:**

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.

**Ответ к задаче №2:**

1. Истинная акантолитическая пузырчатка, вульгарная форма.
2. Мазки-отпечатки на акантолитические клетки. Содержимое пузырей на эозинофилы. Биопсия.
3. Дерматит Дюринга. Пемфигоид Левера. Буллезная форма токсикодермии. Буллезная форма стрептодермии. Рубцующий пемфигоид.
4. ГКС. Патогенетическая и симптоматическая терапия.
5. Длительное диспансерное наблюдение. Поддерживающая доза ГКС.

### **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 - разгибательных 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.

**ВОПРОСЫ:**

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.

**Ответ к задаче №3:**

1. Дерматит Дюринга.
2. Мазки-отпечатки на акантолитические клетки. Содержимое пузырей на эозинофилы. Биопсия.
3. Истинная акантолитическая пузырчатка. Пемфигоид Лёвера. Буллезная форма токсикодермии. Буллезная форма стрептодермии. Рубцующий пемфигоид. Буллезная форма многоформной экссудативной эритемы.
4. Сульфоновые препараты. ГКС. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Безглютеновая диета. Хроническое заболевание. Возможность паранеопластического генеза.
5. Длительное диспансерное наблюдение. Безглютеновая диета. Обследование на онкопатологию.

#### **Задача №4**

На кафедре 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. Вопросы:

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.

**Ответ к задаче №4:**

1. Доброкачественная пузырчатка полости рта Пашкова – Шеклакова.
2. Мазки-отпечатки на акантолитические клетки.
3. Истинная акантолитическая пузырчатка. Пемфигоид Лёвера. Буллезная форма токсикодермии. Рубцующий пемфигоид. Дерматит Дюринга. Буллезная форма многоформной экссудативной эритемы. Буллезная форма красного плоского лишая.
4. Короткие курсы кортикостероидов; местное лечение.
5. Диспансерное наблюдение.

### 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 крышкой.

Вопросы:

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

**Ответ к задаче №5:**

1. Доброкачественная пузырчатка полости рта Пашкова – Шеклакова.
2. Мазки-отпечатки на акантолитические клетки. Йодная проба.
3. Глютеновая энтеропатия. Онокопатология преимущественно ЖКТ.
4. Истинная акантолитическая пузырчатка. Пемфигоид Лёвера. Буллезная форма токсикодермии. Рубцующий пемфигоид. Дерматит Дюринга. Буллезная форма многоформной экссудативной эритемы. Буллезная форма красного плоского лишая.
5. Безглютеновая диета. Препараты сульфонового ряда (дапсон). Возможны короткие курсы кортикостероидов. Местное лечение. Диспансерное наблюдение. Прогноз зависит от выявленной патологии.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Забор материала на акантолитические клетки, эозинофилы;
2. Симптомы Никольского и Асбо – Ганзена;
3. Йодная проба (Ядассона).

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Акантолитическая пузырчатка. Клиника. Диагностика.
2. Лечение акантолитической пузырчатки.
3. Кортикостероиды в дерматологии. Осложнения стероидной терапии.
4. Дифференциальная диагностика буллезных дерматозов.

### 13. 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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.	Пузырные дерматозы [Электронный ресурс] : интерактив. занятие. - Режим доступа: <a href="http://krasgmu.ru/sys/files/ebooks/54735/54735">http://krasgmu.ru/sys/files/ebooks/54735/54735</a> .	Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2015.		
8.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		



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 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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 3. Значение 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.

#### **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

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

**5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи.

**6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащённость
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи

4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## 7. Аннотация (краткое содержание темы).

Аллергические васкулиты – это заболевания, при которых сосудистая стенка является первичным «шоковым» органом.

При васкулитах могут поражаться сосуды различного диаметра в любом органе, что является причиной чрезвычайного многообразия клинических симптомов и усложняет диагностику конкретной формы заболевания. В то же время верификация диагноза очень важна, так как при аналогичных клинических проявлениях различные формы заболевания отличаются прогнозом и, соответственно, средствами лечения. В последние годы с помощью современных иммунологических методов исследования достигнуты значительные успехи в диагностике конкретных форм васкулитов. Диагностика и терапия васкулитов далеко выходят за рамки узкой специализации и

требуют совместных усилий дерматологов, терапевтов, хирургов, морфологов и иммунологов.

Общепринята морфологическая классификация васкулитов, основанная на диаметре пораженных сосудов. Различают васкулиты крупных (аорты и ее ветвей), средних (средних и мелких артерий мышечного типа) и мелких сосудов (артериол, венул, капилляров). Это деление условно, так как встречается сочетанное поражение сосудов разного типа.

Для васкулитов крупных сосудов характерны тромбооблитерирующие процессы, обуславливающие прекращение пульсации в крупных артериях; лечение таких больных входит в компетенцию терапевтов и хирургов.

Дерматологи принимают участие в диагностике васкулитов средних и мелких сосудов. Васкулиты кожи (ВК) преимущественно относятся к васкулитам мелких сосудов. Различают ВК – заболевания с облигатным поражением кожи и без признаков системности, и системные васкулиты, при которых поражение кожи имеет факультативный характер. Частота поражения кожи среди системных васкулитов значительно варьирует. Так, при иммунокомплексных васкулитах мелких сосудов (геморрагический и криоглобулинемический) она составляет 90%, а при не иммунокомплексных васкулитах, отличающихся наличием антител к цитоплазме нейтрофилов – АЦН (микроскопический полиангиит, гранулематоз Wegener, синдром Churg–Strauss), и узелковом полиартериите – 40-60%. Следует отметить, что нередко именно высыпания на коже бывают первым проявлением системного васкулита. Клинически очаги поражения кожи при всех васкулитах этой группы идентичны, так как в процесс вовлекаются сосуды дермы. Маркером васкулитов является пурпура. Первые высыпания мелкие, однако вследствие склонности к периферическому росту могут достигать нескольких сантиметров в диаметре. Характерны отечные геморрагические пятна, так называемая «пальпируемая пурпура». На фоне геморрагических пятен, а также самостоятельно могут формироваться воспалительные узелки, поверхностные узлы, пузырьки, пустулы, пузыри с геморрагическим содержимым, редко волдыри.

Для АЦН-ассоциированных васкулитов и узелкового полиартериита характерен некротизирующий васкулит мелких сосудов и средних артерий с поражением всех слоев сосудистой стенки (панартериит), который и определяет необратимость изменений в жизненно важных органах и плохой прогноз при отсутствии экстренной иммуносупрессивной терапии

### **АЦН-АССОЦИИРОВАННЫЕ (НЕ ИММУНОКОМПЛЕКСНЫЕ) ВАСКУЛИТЫ МЕЛКИХ СОСУДОВ - Синдром Churg-Strauss (син.: аллергический гранулематоз)**

Этиология неизвестна.

Клиническая картина. Различают три фазы заболевания. Первая проявляется аллергическим ринитом и астмой. Через 2 года – 12 лет (вторая фаза) возникают эозинофильные инфильтрации в легких или в желудочно-кишечном тракте, что сопровождается лихорадкой. Третья фаза заболевания характеризуется развитием системного гранулематозного васкулита мелких, реже средних, сосудов с вовлечением в процесс легких и нервной системы (у 70% пациентов); носоглотки, мышц скелета и желудочно-кишечного тракта (у 50%). Для всех больных характерна высокая эозинофилия крови (более 10%). Без лечения в большинстве случаев исход летальный.

Поражение кожи возникает более чем у 60% больных, проявляясь плотными узелками на разгибательной поверхности конечностей, волосистой части головы и подушечках пальцев. Характерно также появление пурпуры.

Гистопатология. Выявляется некроз артериол и венул, эозинофильные инфильтраты в тканях, а также гранулемы из эпителиоидных, гигантских и плазматических клеток, располагающиеся периваскулярно в отличие от узелкового полиартериита.

Диагностика основана на клинической и гистологической картине, а также выявлении перинуклеарных антител к цитоплазме нейтрофилов.

Лечение. Назначают глюкокортикостероиды в высоких дозах. При отсутствии должного эффекта, а также при рецидивах заболевания дополнительно используются цитостатические препараты.

### **Гранулематоз Wegener**

Этиология изучена недостаточно. Предполагается попадание антигена (вирусного?) через респираторный тракт.

Клиническая картина. Заболевание дебютирует насморком и тяжело протекающим синуситом. Развиваются язвенно-некротические поражения слизистых оболочек носа, глотки, гортани, трахеи и бронхов. Характерны носовые кровотечения, разрушение носовой перегородки, твердого неба, иногда орбиты. Особенно опасны для жизни больного массивные легочные кровотечения, причиной которых являются капилляриты.

У 80–85% пациентов развивается фокальный некротизирующий гломерулонефрит, приводящий к почечной недостаточности и гибели больного. Заболевание сопровождается лихорадкой, потерей массы тела.

Среди прочих проявлений следует отметить артралгии (у 60% больных), поражение глаз (у 60%); поражение центральной нервной системы и сердца (22 и 12% соответственно).

Поражение кожи встречается у 40-50% больных и проявляется чаще плотными, слегка отечными узелками со склонностью к центральному некрозу, располагающимися преимущественно на разгибательной поверхности конечностей. Возможно также появление пурпуры и пузырей с геморрагическим содержимым.

Средний срок жизни при отсутствии адекватной терапии составляет 5 месяцев.

Гистопатология. Различают 2 типа очагов: некротизирующие экстраваскулярные гранулемы и некротизирующий васкулит.

Диагностика основана на клинической и гистопатологической картине, также на выявлении цитоплазматических антител к цитоплазме нейтрофилов.

Лечение. Основным средством терапии являются цитостатики (преимущественно циклофосфамид), доза которых зависит от остроты течения заболевания. При молниеносном течении заболевания дополнительно назначается преднизолон. После разрешения всех активных проявлений процесса больные еще в течение 12 месяцев получают поддерживающую терапию.

### **Микроскопический полиангиит**

В качестве самостоятельной нозологической формы заболевание выделено в 1994 году. Этиология изучена недостаточно.

Клиническая картина. Клинические проявления микроскопического полиангиита могут напоминать как узелковый полиартериит, так и синдром Churg-Strauss. Наиболее характерен некротизирующий гломерулонефрит (у 90% больных), который может

сочетаться с поражением легких (у 50%), желудочно-кишечного тракта (у 50%), скелетных мышц (у 60%). Кожные высыпания встречаются у 40% больных (мелкие плотные узелки, пурпура).

Гистопатология. Некротизирующий васкулит артериол, венул и капилляров.

Диагностика основана на клинической и гистологической картине, а также выявлении перинуклеарных антител к цитоплазме нейтрофилов.

Лечение. Учитывая необратимый характер изменений в жизненно важных органах, для терапии заболевания, как и при других АЦН-ассоциированных рецидивы.

## **УЗЕЛКОВЫЙ (УЗЛОВАТЫЙ) ПОЛИАРТЕРИИТ (ПЕРИАРТЕРИИТ, ПАНАРТЕРИИТ)**

Узелковый полиартериит (УП) характеризуется некротизирующим васкулитом средних и мелких артерий мышечного типа с последующим образованием аневризм сосудов и поражением органов и систем.

Этиология и патогенез. Из этиологических факторов важными являются непереносимость лекарств и персистенция HbsAg в сыворотке крови (у 40-70% больных системной формой УП). Основным признается иммуно-комплексный механизм заболевания. Однако отложение ИК в стенках сосудов является, очевидно, не единственным патогенетическим механизмом. Так, была доказана возможность прямого повреждения эндотелия и интимы сосудов вирусом. Антител к компонентам стенок артерий выявить не удалось.

Клиническая картина. Кардинальными симптомами классического УП являются артериальная гипертензия, тахикардия, лихорадка, отеки, потеря массы тела. Часто выявляются гепатомегалия, желтуха, лимфаденопатия, гематурия и лейкоцитоз. Характерны также артралгии, инфаркты миокарда и кишечника, гломерулосклероз, невриты периферических нервов. Вовлечение в патологический процесс менингеальных и вертебральных артерий приводит к гемиплегии и судорогам. Реже всего поражаются легкие и селезенка.

Кожные высыпания встречаются у 25-40% больных УП; они могут сочетаться с поражением внутренних органов, а могут возникать самостоятельно – так называемая кожная форма УП. Характер взаимосвязи между кожной и системной формами УП окончательно не установлен. Кожные проявления в обоих случаях аналогичны и отличаются многообразием клинической симптоматики.

Наиболее значимым в диагностическом отношении симптомом, который встречается у 15–50% больных, является высыпание на голенях подкожных узлов, напоминающих элементы узловой эритемы. Узлы могут быть одиночными, могут группироваться, характерно их расположение по ходу кровеносных сосудов. Часть узлов изъязвляется, образуя болезненные, медленно рубцующиеся язвы. Периодически язвы длительно, в течение нескольких часов, кровоточат (симптом «кровоточащего подкожного узла», описанный И.М. Романенко в 1981 году).

В дистальных отделах конечностей, преимущественно на их разгибательной поверхности, реже в поясничной области, на животе обнаруживают стойкие фиолетово-красные пятна с петлистым, сетчатым и древовидным рисунком (сетчатое и ветвистое ливедо). У некоторых больных, особенно при кожной форме УП, ливедо может быть единственным проявлением заболевания. Характерно обнаружение по ходу ливедо

болезненных при давлении узелков около 5 мм в диаметре и вытянутых в виде коротких шнурков уплотнений. Отдельные элементы могут некротизироваться, изъязвляться и покрываться черной плотной коркой. В последующем в этих участках формируются пигментированные рубчики, напоминающие штампованные рубцы после папуло-некротического туберкулеза кожи. Важно отметить, что при кожной форме УП ливедо является ведущим клиническим симптомом и наблюдается в 94% случаев, в то время как при классической (системной) форме УП – лишь в 4% случаев.

К более редким и диагностически менее значимым проявлениям относятся геморрагические пятна, высыпания по типу инфекционных экзантем и многоформной эксудативной эритемы, пузыри, волдыри, акнеформные элементы и очаги, напоминающие микоз гладкой кожи. Эти высыпания, как правило, сочетаются с ливедо и локализуются на конечностях, ягодицах, реже на лице и туловище. Выраженный истинный полиморфизм элементов сыпи затрудняет диагностику заболевания.

Гистопатология. Морфологические изменения в очагах поражения кожи и подкожной клетчатки одинаковы при кожной и системной форме УП. Характерен некротизирующий и облитерирующий артериит с поражением всех слоев сосудистой стенки (панартериит) средних и мелких артерий. Изменения артерий часто имеют фокальный характер и возникают в местах их разветвления. Характерно образование аневризм и разрывов сосудов. Облитерация сосудов приводит к ишемическому некрозу окружающих тканей.

Дифференциальный диагноз. Некротизирующиеся узелковые и узловатые элементы могут возникать при АЦН-ассоциированных васкулитах, папуло-некротическом васкулите, папуло-некротическом туберкулезе кожи, вариолеформном параспориозе, злокачественном атрофирующем папулезе, узловатой и индуративной эритеме, панникулите.

Микроскопический ангиит отличается отсутствием подкожных узлов и ливедо, отрицательным результатом серологического теста на гепатит В, а также выявлением перинуклеарных антител к цитоплазме нейтрофилов. Морфологические изменения в очагах поражения кожи при обоих васкулитах идентичны (панартериит).

Отдельные изъязвившиеся узлы могут напоминать трофические язвы голеней у больных варикозной болезнью. Поэтому при подозрении на УП надо проводить биопсию (глубокую!) кожи и подкожной клетчатки. Характерное поражение всех слоев стенки артерий позволяет установить правильный диагноз.

Стойкое распространенное древовидное ливедо, характерное для УП, встречается также при системной красной волчанке, дерматомиозите, облитерирующем тромбангиите, гипертонии, атеросклерозе, алкоголизме, криоглобулинемии и других заболеваниях.

Эритемато-сквамозные очаги на гладкой коже с четко очерченными фестончатыми краями создают впечатление грибкового заболевания, тем более, что в пределах очагов могут быть отдельные узелки застойного цвета с корочками, симулирующие эксфолиированные фолликулярные папулы. Только отрицательный результат микологического исследования кожных чешуек и наличие других, характерных для УП проявлений позволяет поставить правильный диагноз.

Лечение. Кожная форма УП на протяжении многих лет протекает хронически, медленно затихая, что делает прогноз благоприятным. При ограниченных очагах поражения могут быть использованы глюкокортикостероидные кремы под



окклюзионные повязки. При распространенных поражениях, а также при незаживающих болезненных изъязвлениях показаны глюкокортикоиды (ГК) внутрь в средних дозах (20-40 мг) с последующим снижением до поддерживающей дозы. При необходимости проводят сочетанную терапию ГК и цитостатиками. Учитывая возможность развития системного процесса, больным кожной формой УП целесообразно наблюдение у ревматолога.

Среди больных классической (системной) формой УП без лечения выживают лишь 13%. Причиной смерти может явиться почечная недостаточность, сердечно-сосудистая патология или осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта или ЦНС. Длительное (18-24 месяца) лечение высокими дозами ГК и цитостатиков позволяет увеличить выживаемость до 90%.

### **ВАСКУЛИТЫ КОЖИ (ВК)**

Этиология. Неоднородная группа заболеваний полиэтиологического характера. Выяснение причины заболевания у конкретного больного иногда представляет большие трудности, особенно при наличии поливалентной сенсибилизации. Примерно в 30% случаев этиологический фактор установить не удается.

Патогенез. Ведущим звеном в патогенезе аллергических васкулитов является гиперчувствительность, которая, независимо от преимущественного механизма иммунного ответа, приводит к поражению стенки сосуда. Различают 2 варианта иммунного ответа: лейкоцитокластический (иммунокомплексный механизм) и лимфоцитарный (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 пурпуры», 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 полу шаровидными воспалительными шелушащимися 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. Клиническое заболевание симулирует 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. Край 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 голених, коже живота.

Некротически-язвенный тип характеризуется острым (иногда молниеносным) началом, возможен летальный исход. Иногда процесс принимает тяжкое течение. Некроз участков кожи обусловлен острым тромбозом мелких сосудов; образованию струпа предшествует геморрагическое пятно и пузырь. После отторжения струпа образуются медленно рубцующиеся язвы. 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 ухты. 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. Заболевание симулирует 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 сгруппированный изъязвления, очаги некроза. Язва неуклонно увеличивается в размерах 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 голених, коже живота.

Некротически-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 ухлы.

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 установлении связи заболевания с инфекцией назначают антибиотик широкого спектра действия. Дозы антибиотика и продолжительность лечения зависят от остроты и тяжести процесса. Показателями эффективности терапии являются отсутствие новых высыпаний и нормализация температуры. В то же время не следует забывать, что антибиотики (особенно пенициллинового и тетрациклинового ряда) сами могут явиться причиной заболевания и вызвать ухудшение в течении процесса. Большое значение придается устранению фокальной инфекции (зубных гранулем, хронического тонзиллита и пр.). При хронической узловой эритеме необходим тщательный поиск и санация воспалительных и опухолевых процессов в органах малого таза.

В тех случаях, когда поражение кожи носит ограниченный характер и отсутствуют признаки поражения других органов и систем, удовлетворительный терапевтический эффект может быть достигнут при назначении антигистаминных средств, препаратов кальция, аскорутин, доксиума.

Наличие обильных высыпаний, общих явлений, признаков системности, отклонений от нормы лабораторных показателей (СОЭ более 40 мм/ч, положительный С-реактивный белок, высокий уровень  $\alpha_2$ -глобулинов, гиперфибриногенемия и др.) является показанием для назначения глюкокортикостероидных гормонов – 40-60 мг преднизолона в сутки в течение 7-10 дней с последующим медленным снижением дозы. Одновременно с назначением ГК целесообразно применение гепарина – антикоагулянта прямого действия, который обладает также некоторым иммуносупрессивным и противовоспалительным действием. Предпочтительно назначать низко- и среднемолекулярные гепарины («Биохеми», «Геден Рихтер»), которые оказывают наименьшее сенсibiliзирующее действие. Препарат вводится подкожно по 5000 ЕД, с интервалами в 6 ч, под контролем свертываемости крови. В качестве антиагреганта целесообразно также назначать небольшие дозы ацетилсалициловой кислоты. В ранней гиперфибринолитической фазе заболевания может быть назначена аминокaproновая кислота.

При нерезко выраженных проявлениях ВК (например, узловые формы заболевания) и наличии относительных противопоказаний для назначения ГК можно рекомендовать противовоспалительные препараты нестероидного ряда (индометацин, пироксикам и др.)

Лечение может быть дополнено капельным введением реополиглюкина или реоглюмана, редуцирующих агрегацию тромбоцитов и эритроцитов.

При выраженном фибринолизе и повышенном содержании в крови белков «острой фазы» больным показано проведение плазмафереза.

При наличии противопоказаний для назначения ГК и гепарина могут применяться резервные препараты: иммуносупрессанты, дапсоп или его производные, антималярийные средства.

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		
Клин. формы	Синонимы	Основные проявления
<u>Ангиит, полиморфный дермальный тип.</u>	Синд-м Гужеро- Дюперра, артериолит Рюитера, Гужеро- Рюитера бол-нь, васкулит некротизирующий, васкулит лейкокластический	
Уртикарный геморрагический	Васкулит уртикарный.  Васкулит геморрагический, микробид геморрагический лейкоцитокластический Мишера-Шторка,	Воспалительные пятна, волдыри. Петехии, отёчная пурпура, экхимозы, геморрагические пузыри

	пурпура анафилактоидная Шенлейна-Геноха, капилляротоксикоз геморрагический.	
Папулонодулярный	Аллергид нодулярный дермальный Гужеро	Воспалительные узелки и бляшки, мелкие отёчные узлы.
Папулонекротический	Дерматит некротический нодулярный Вертера- Дюемлинга	Воспалительные узелки с некрозом в центре, «штампованные» рубчики.
Пустулёзно-язвенный	Дерматит язвенный, пиодермия гангренозная	Везикулопустулы, эрозии, язвы, рубцы.
Некротически-язвенный	Пурпура молниеносная	Геморрагические пузыри, геморрагический некроз, язвы, рубцы.
Полиморфный	Гужеро-Дюперра трёхсимптомный синд- м, полиморфнонодулярный тип артериолита Рюитера	Чаще сочетание волдырей, пурпуры и поверхностных мелких узлов. Возможно сочетание любых элементов.
Пурпура пигментная хроническая, тип:	Дерматозы геморрагически- пигментные, бол-нь 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 остр.		Отёчные ярко-красные узлы, артралгии, лихорадка.
-эритема узловатая хрон.	Васкулит узловатый	Рецидивирующие узлы без выраженных общих явлений.
-эритема узловатая мигрирующая.	Гиподермит переменный Вилановы-Пиноля, эритема мигрирующая Бевферштедта,	Асимметричный плоский узел, растущий по периферии и разрешающийся в центре.

	Вилановы бол-нь.	
Ангиит узловато-язвенный	Васкулит нодулярный, эритема индуративная, нетуберкулёзная.	Плотные узлы с изъязвлением.
4.Смешанные и переходные формы		

### 8. Вопросы по теме занятия.

1. Классификация ангиитов
2. Этиология и патогенез васкулитов.
3. Лечение васкулитов.

### 9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

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.

Правильный ответ: в

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.

Правильный ответ: а

1. 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.

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: в

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.

Правильный ответ: б

7. Поликлональная криоглобулемия 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.

Правильный ответ: г

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.

Правильный ответ: г

9. Особенностью узловых эритемы у больных иерсиниозом по сравнению с таковой при саркоидозе, туберкулезе является: (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) более частое поражение мужчин;
- б) хроническое рецидивирующее течение;
- в) регрессирование через 2-3 нед.;
- г) генерализованное поражение кожи;
- д) сильная болезненность.

Правильный ответ: в

**10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

### 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 VII 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.

Вопросы:

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.

#### Ответ к задаче №1

1. Молниеносная пурпура, обусловленная менигококковым сепсисом.  
2. Наблюдают при трех группах заболеваний. Первая, наиболее часто встречающаяся группа, представлена бактериальным сепсисом. Наиболее частый возбудитель — *Neisseria meningitidis*. Другие возбудители включают *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus aegyptius*. Вторая группа заболеваний, проявляющихся молниеносной пурпурой, включает наследственный дефицит протеинов С и S, а также антитромбина III. Заболевание обычно проявляется в грудном и детском возрасте. Частой причиной молниеносной пурпуры в грудном возрасте служит резистентность к активированному протеину С, в основе которой лежит мутация гена, кодирующего синтез фактора свертывания V-КР. Мутацию этого гена выявляют у 3-5% населения в целом и у 25-50% лиц с тромбозом вен. Относительный дефицит протеинов С и S, наблюдаемый при бактериальном сепсисе, может инициировать молниеносную пурпуру. Третья группа включает идиопатическую и постинфекционную молниеносную пурпуру, которые также чаще всего встречаются у детей. Высыпаниям предшествует инфекции, протекающие с высокой лихорадкой. Самые частые возбудители — вирус varicella-zoster и стрептококки. Дефицит

протеина S может быть обусловлен аутоиммунными механизмами, поскольку у некоторых больных выявляют антитела к протеину S.

3. Диагностика молниеносной пурпуры основана на клинической картине и результатах дополнительных исследований, включая биопсию кожи.

4. Летальность при молниеносной пурпуре высока и составляет 20-50%. Эффективность лечения зависит от сроков начала терапии, правильного установления причины заболевания, правильного выбора антибиотика. Показана инфузионная терапия, переливание свежзамороженной плазмы, гепарин. При дефиците протеинов C и S необходимо переливание концентрата протеина C. Тромболитики, такие как алтеплаза, применяют для уменьшения последствий тромбоэмболии. В настоящее время исследуют эффективность плазмафереза и иммуносупрессивной терапии у больных с антителами к протеину S.

5. Тромбоэмболия может вызывать серьезные осложнения. Поражение эпифизов у детей может приводить к отставанию роста конечности. Гангрена конечности может потребовать ампутации

### **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.

Вопросы:

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?

### **Ответ к задаче №2**

1. Идиопатическое ливедо.
2. Ливедо — это своеобразная реакция сосудов кожи, которую наблюдают при различных заболеваниях.
3. В основе ливедо лежит расширение сосудов поверхностного венозного сплетения, обусловленное увеличением вязкости крови, нарушением оттока крови из кожи, изменением мелких сосудов, включая васкулит и спазм сосудов.

4. Выделяют наследственное ливедо и приобретенное ливедо. Последнее включает симптоматическое и идиопатическое ливедо. Причины симптоматического ливедо включают болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, системная склеродермия, дерматомиозит, ревматоидный полиартрит, узелковый периартериит, кожная форма узелкового периартериита), васкулиты (аллергические васкулиты кожи, аллергический гранулематозный васкулит, ливедо-васкулит), парапротеинемию (криоглобулинемия, болезнь Холодовых агглютининов), обструкцию сосудов (ДВС-синдром, дефицит протеинов С и S, дефицит антитромбина III, тромбоцитоз, эритремия, тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, макроглобулинемия, атероземболия), инфекции (сифилис, менингококковый сепсис, эндокардит, туберкулез), прием лекарственных средств (амантадин, катехоламины, хинидин, миноциклин), а также антифосфолипидный синдром, панкреатит, синдром эозинофилии-миалгии, карциноидный синдром, феохромоцитому, гипотиреоз, грибковый микоз, тиреотоксикоз с гиперкальциемией. Если причину приобретенного ливедо установить не удалось, то его называют идиопатическим (или первичным).

5. Антиагреганты - дилиридабол, тиклопидин и аспирин в низких дозах (пентоксифиллин - уменьшает вязкость крови и увеличивает эластичность эритроцитов).

Препараты, увеличивающих фибринолиз, (станозолол).

При язвах показан постельный режим.

Необходимо избегать факторов, увеличивающих вязкость и свертываемость крови (курение, применение пероральных противозачаточных средств).

Исключать лекарственную природу 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 голеней 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».

Вопросы:

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.

### **Ответ к задаче №3**

1. Болезнь Шамберга – форма прогрессирующей пигментной пурпуры. Представляет собой лимфоцитарный капиллярит, предполагающий наличие клеточно – опосредуемой гиперчувствительности.

2. Среди взрослых чаще болеют мужчины, среди детей – девочки.

3.- инфекции (бактерии, вирусы, грибы, простейшие, гельминты)

- лекарства (инсулин, пенициллин, сульфаниламиды и др.)
- химикаты (инсектициды, ...)
- пищевые аллергены (молочный белок, глютен, ...)

4. Болезнь Шамберга – это хроническое состояние без наличия внутреннего заболевания. Подавляющее большинство пациентов со временем выздоравливают.

5.- монетовидная экзема

- цинга
- сенильная пурпура
- контактный дерматит
- медикаментозная пурпура

#### **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<sup>0</sup>С, болями в суставах.

При осмотре на коже голеней, бедер и ягодиц пурпурозные папулы величиной от булавочной головки до 2см (пальпируемая пурпура). Выраженный отек голеней и лодыжек.

Вопросы:

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?

#### **Ответ к задаче №4**

1. Пурпура Шенлейна – Геноха.

Пурпура Шенлейна – Геноха. – лейкоцитокластический васкулит мелких сосудов вследствие отложений иммунных комплексов иммуноглобулина А в посткапиллярных венулах.

2. Развитию заболевания способствуют различные инфекционные агенты, лекарство, химикаты и пищевые аллергены. Васкулит ассоциируется со многими хроническими заболеваниями соединительной ткани и злокачественными новообразованиями. У 60% пациентов не удается обнаружить никакого другого заболевания и никакого провоцирующего васкулит агента. Васкулит мелких сосудов кожи вызывается отложением иммунных комплексов иммуноглобулина G или иммуноглобулина M в мелких посткапиллярных венулах.

3. Примерно в 90% всех случаев заболевания, пурпура наблюдается у детей младше 10 лет. Самому большому риску подвержены мальчики в возрасте от 4 до 8 лет.

4.- типичные клинические признаки

- гистологическое исследование (обнаружение иммунных комплексов)
- базовые лабораторные тесты (полный анализ крови, био-химический анализ крови, клинический анализ мочи)

5.- артралгии (80%), боль в животе (70%), изменения почек (45%) являются наиболее распространенными проявлениями.

- реже развиваются со стороны нервной системы (эпилептические припадки, неврологическая симптоматика), легких (легочная геморрагия), сердце (миокардит), гепатомегалия, паротит, некроз надпочечников.

### 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 голеней 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».

Вопросы:

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.

#### Ответ к задаче №5

1. Болезнь Шамберга – форма прогрессирующей пигментной пурпуры. Представляет собой лимфоцитарный капиллярит, предполагающий наличие клеточно – опосредуемой гиперчувствительности.

2. Среди взрослых чаще болеют мужчины, среди детей – девочки.

3.- инфекции (бактерии, вирусы, грибы, простейшие, гельминты)

- лекарства (инсулин, пенициллин, сульфаниламиды и др.)

- химикаты (инсектициды, ...)

- пищевые аллергены (молочный белок, глютен, ...)

4. Болезнь Шамберга – это хроническое состояние без наличия внутреннего заболевания. Подавляющее большинство пациентов со временем выздоравливают.

5.- монетовидная экзема

- цинга

- сенильная пурпура

- контактный дерматит

- медикаментозная пурпура

#### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Проводить пробы на повышенную кровоточивость сосудов ( симптом жгута, симптом Кончаловского-Румпеля-Леде).

#### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Дифференциально-диагностические критерии васкулитов кожи.

2. Алгоритм обследования больных васкулитами.

3. Алгоритм лечения больных васкулитами.

### 13. 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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		

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

**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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 3. Значение 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.

#### 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.

#### **4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

#### **5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

#### **6. Структура содержания темы (хронокарта):**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней

			в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## 7. Аннотация (краткое содержание темы).

### СТРОЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ

#### **Поражение слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при острых и хронических инфекционных заболеваниях.**

Скарлатина: малиновый язык, налет, «пылающий зев», катаральный гингивит, высыпания на коже, нарушение общего состояния.

Корь: пурпурные пятна, пятна Бельского – Филатова – Коплика, высыпания на коже, нарушение общего состояния.

Краснуха: неспецифические катаральные изменения, высыпания на коже, общее состояние удовлетворительное.

Ветряная оспа: идентичность высыпаний на коже и слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.

Инфекционный мононуклеоз: катаральный стоматит, язвенный гингивит, нарушение общего состояния, лимфаденит.

Туберкулез. Первичный туберкулез слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Туберкулезная волчанка. Скрофулодерма. Милиарно-язвенный туберкулез.

Лепра.

#### **Инфекционные и паразитарные заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.**

Импетиго. Стрептококковая заеда. Рожа. Шанкриформная пиодермия. У больных СПИДом, на фоне выраженного иммунодефицита возможно развитие шанкриформной пиодермии.

Кандидоз: дрожжевой стоматит, глоссит, кандидоз миндалин, углов рта (заеда).

Актиномикоз.

Стоматит Венсана (язвенно-некротический гингивостоматит)

Заболевание вызывает условно-патогенная анаэробная флора полости рта - веретенообразные палочки (*Bacillus fusiformis*, *Clostridium mu/tiforme*) и спирохеты (*Borellia Vincenti*, *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 азур-эозином, 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).

Язвенно-некротический гингивит в ретромолярной области при прорезывании зуба.

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 (RANBAXY) (в виде аппликаций размягченных таблеток на десневой край на 15-20 мин или геля метрогил-дента).

Общее.

. Антибиотики (при тяжелой форме болезни) Цифран СТ (RANBAXY).

. 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).

Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ: простой герпес, опоясывающий; бородавки плоские, остроконечные.

**Аллергические заболевания** слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ: контактный аллергический стоматит, токсикодермии, отек Квинке, крапивница.

**Хронический рецидивирующий афтозный стоматит:**

. Инфекционная аллергия (преимущественно к вирусу простого герпеса или цитомегаловирусу, бактериальным антигенам).

. На фоне заболеваний крови (в частности, при нейтропении развиваются так называемые нейтропенические афты).

. Идиопатическая (не ясной природы).

Локализация. Всюду на слизистой оболочке полости рта (кроме твердого нёба и прикрепленной десны).

Формы. Легкая, среднетяжелая, тяжелая.

Симптомы.

. Периодичность появления афт - единичные афты один раз в несколько лет (легкая); несколько раз в год (среднетяжелая); непрерывное рецидивирование (тяжелая).

. Общее состояние не страдает (при легкой и среднетяжелой формах).

. Возможен региональный лимфаденит (как правило, при тяжелой форме).

. Болезненность в полости рта (в момент высыпаний).

Диагностика. Основана на:

. данных анамнеза;

. клинической картине;

. результатах цитологического исследования соскоба с поверхности язвы (картина неспецифического воспаления);

. выявлении высокого титра антител к вирусу простого герпеса и цитомегаловирусу.

Особенности ведения больных.

. Выявление очагов хронической инфекции.

. Санация очагов инфекции.

. Коррекция питания (исключение раздражающей пищи).

. Диспансерное наблюдение.

Лечение. При диагнозе «нейтропенические афты» лечение проводит гематолог. При выявлении в слюне у пациента вируса простого герпеса и (или) цитомегаловируса (методом посева или полимеразной цепной реакцией - ПЦР), или в крови высоких титров антител к этим вирусам назначают:

- противовирусные средства - ацикловир или валтрекс по 1 г в сутки от 5-8 дней до нескольких месяцев;

- иммуноглобулин противогерпетический по 3 мл в/м 2 раза в неделю - 5 инъекций;

- индукторы интерферона - полудан, циклоферон, дибазол;
- иммуномодуляторы - декарис, ликопад;
- антигистаминные средства;
- небольшие дозы кортикостероидных гормонов. При идиопатической природе заболевания назначают:
- кортикостероидные гормоны в небольших дозах в сочетании с цитостатиками (колхицин 1 мг/сут.);
- курсы инъекций гистоглобулина 1-2 раза в год;
- курсы инъекций иммуноглобулина человеческого донорского 1-2 раза в год.

*Местно.*

- . Солкосерил (адгезивная паста) используется при всех разновидностях афт.
- . Аппликации обезболивающих растворов, мази (рекомендуют перед клинической обработкой, перед едой, сном).
- . Антисептики (слабые растворы перекиси водорода, фурацилина).
- . Протеолитические ферменты (трипсин, химопсин, химотрипсин) для очищения поверхности афт от некротического налета.
- . Стимуляторы местного иммунитета - имудон (рассасывать 6-8 табл. в сутки в течение 20 дней).
- . Лазеротерапия - гелий-неоновый лазер (при торпидности к эпителизирующей терапии).

Прогноз благоприятный.

## **ХЕЙЛИТЫ**

Хейлиты (*cheilitis*) – доброкачественные воспалительные заболевания губ.

Хейлиты подразделяют на истинные (контактные, актинический, эксфолиативный, glandулярный) и симптоматические (атонический, медикаментозный, инфекционный, синдром Мелькерссона-Розенталя, хейлиты при различных дерматозах).

Контактные хейлиты – воспалительные заболевания красной каймы губ, возникающие в результате непосредственного 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. К физическим факторам, вызывающим это заболевание, относят высокие и низкие температуры, электрический ток, трение, давление, ионизирующее облучение, а к химическим – кислоты и щелочи в высоких концентрациях, соли тяжелых металлов, боевые отравляющие вещества кожно-нарывного действия, компоненты ракетного топлива и другие вещества. В стоматологии простой хейлит возникает при контакте с нагретым стоматологическим инструментарием, быстро вращающимися насадками, а также различными кислотами, используемыми при обработке канала зуба.

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. В случае одновременного контакта слизистой оболочки губ со сверхпороговым раздражителем возможно развитие контактного стоматита, который

будет сопровождаться эритемой, эрозивным, язвенным дефектом или формированием струпа на фоне выраженного отека слизистой оболочки. При этом четкость границ очагов поражения можно не обнаружить.

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 струпе 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 обильные 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).

Этиология и патогенез. Заболевание развивается в результате сенсибилизации красной каймы губ к различным химическим веществам и является проявлением аллергической реакции четвертого типа. Причиной могут быть низкомолекулярные вещества, легко проникающие в ткани (гаптены). Сенсибилизация может развиваться в течение нескольких дней или лет. В дальнейшем возможны также и перекрестные реакции. Аллергический хейлит могут вызывать следующие агенты: компоненты губных помад, зубных паст и растворов, вещества, используемые в стоматологии (эпимин, эйгенол и др.), а также контакт кожи с различными продуктами питания (цитрусовыми и другими экзотическими фруктами), мундштуками духовых инструментов, сигаретами, жевательной резинкой и т. д.

Клиническая картина. В месте контакта с аллергеном развивается отечная эритема с довольно четкими границами. На фоне эритемы возможно образование мелких пузырьков, которые быстро вскрываются с образованием чешуйко-корочек. При длительном течении красная кайма губ становится сухой, на ней появляются множественные мелкие бороздки и трещины, и очаг может выходить за пределы

красной каймы. Тогда на окружающей коже отмечается нечеткость его границ. Больных беспокоят зуд и жжение губ.

Диагностика основана на характерных данных анамнеза и клинической картины. Для уточнения аллергена показана постановка кожно-аллергических проб.

Лечение. После обязательного устранения контакта с аллергеном рекомендуют примочки с вяжущими и противовоспалительными средствами (1 % танин, борная кислота и др.), негалогенизированные кортикостероидные кремы (на 3-5 дней). При торпидности процесса могут быть назначены системно гипосенсибилизирующие препараты. В дальнейшем – «базовый» уход, подбор гипоаллергенной губной помады или зубной пасты.

Актинический хейлит - воспалительное заболевание кожи красной каймы губ, возникающее в результате инсоляции и относящееся к фотоаллергическим реакциям.

Этиология и патогенез. Заболевание вызывается острым или хроническим ультрафиолетовым воздействием. В качестве экзогенного фотосенсибилизатора могут выступать различные вещества (эозин, входящий в состав губных помад, бергамотовое масло и др.).

Клиническая картина. Выделяют экссудативную и сухую формы заболевания. Обе формы считаются предраковыми состояниями. Чаще поражается нижняя губа. Заболевание склонно к обострению в весенний и летний периоды, зимой может наблюдаться частичная или полная ремиссия.

Экссудативная форма не отличается от проявлений аллергического контактного хейлита. При длительном существовании могут образовываться стойкие трещины, эрозии, язвы. При сухой форме красная кайма становится ярко-красной, покрыта мелкими серебристыми чешуйками. Характерна нечеткая граница между слизистой оболочкой губы и красной каймы, а также между кожей и красной каймой губ. Постепенно на фоне хронической эритемы могут формироваться мелкие беловатые узелки, реже – бородавчатые разрастания.

Диагностика актинического хейлита основывается на характерном анамнезе заболевания, сезонности течения. Для исключения малигнизации проводят цитологическое и гистологическое исследования.

Лечение и профилактика. Рекомендуют избегать инсоляции и не использовать губные помады, содержащие эозин. Для фотопротекции назначают солнцезащитные кремы с высоким солнцезащитным фактором (SPF) или солнцезащитные губные помады. Показаны препараты никотиновой кислоты, антималярийные средства, препараты кальция. Наружно используют смягчающие и увлажняющие средства для губ. За пациентами с актиническим хейлитом необходимо установить диспансерное наблюдение.

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. Бывают семейные случаи болезни. Важную роль в патогенезе играют психоэмоциональные факторы. Выявляют тревожные (при экссудативной форме) и депрессивные (при сухой форме) состояния. У большинства пациентов выявляют также легкое течение тиреотоксикоза.



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 ожиряющие и увлажняющие кремы и мази, а также губные помады с аналогичным эффектом.

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. Это хорошо заметно через 10-20 с после высушивания очага поражения. При длительном течении вокруг устьев слюнных желез развивается лейкоплакия в виде белесоватых колец. Частое смачивание слюной красной каймы губ способствует сухости и приводит к хроническим трещинам. Выделяют также осложненную форму glandулярного хейлита – хейлит Фолькмана. При этом губы значительно увеличиваются в размерах, вся поверхность их покрыта чешуйками и корками, при снятии которых видны расширенные выводные протоки желез, из которых выщеляется гной. Характерен регионарный лимфаденит, могут быть симптомы интоксикации. Пациенты жалуются на нарастающую чувствительность и болезненность. Могут формироваться абсцессы губ с последующим образованием фистулезных отверстий. В 20-30% случаев хейлит Фолькмана трансформируется в плоскоклеточный рак.

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.

При хейлите Фолькмана показаны антибактериальные препараты широкого спектра действия, при формировании абсцессов их вскрывают. Наружно рекомендуют мази,

содержащие дезинфицирующие средства или антибиотики. После регресса гнойного процесса необходимо удаление гетеротоп-ных слюнных желез.

Симптомические хейлиты: атопический, медикаментозный, инфекционный.

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. Появляется эритема с довольно четкими границами, возможна умеренная отечность кожи и красной каймы губ. В дальнейшем, по мере стихания острых воспалительных явлений, формируется лихенификация.

Красная кайма инфильтрируется, шелушится, на ее поверхности образуются множественные тонкие радиарные бороздки. Сопровождается зудом. После стихания обострения заболевания длительное время может сохраняться инфильтрация и мелкие радиарные складочки в углах рта.

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. Наружно в фазу обострения показаны кортикостероидные кремы или мази. В дальнейшем – ожиряющие и увлажняющие кремы, мази и средства для ухода за красной каймой губ.

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 экссудативной 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. На губы при наличии эрозивных дефектов назначают водные растворы анилиновых красителей, комбинированные препараты, включающие глюкокортикоиды и антибактериальные агенты, средства, ускоряющие регенерацию. При наличии корок рекомендуют мази с дезинфицирующими и антибактериальными средствами. Выбор любых наружных препаратов следует осуществлять с осторожностью, с учетом индивидуальной переносимости.

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 fissurica, 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. Нередко возникают трещины с кровотечением и болезненностью. При расположении в углах рта первичная сифилома имеет щелевидный характер. Регионарные лимфатические узлы увеличены, плотноэластической консистенции, безболезненны при пальпации, не спаяны с кожей и окружающими тканями. При вторичном сифилисе папулы могут локализоваться на губах, слизистой оболочке ротовой полости и в углах рта. Наиболее частое проявление – сифилитическая заеда: в углу рта формируется эрозия щелевидной формы с инфильтратом в основании, покрытая геморрагической коркой.

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. При кандидозном макрохейлите губы значительно утолщаются, на их поверхности возникают толстые корки и кровоточащие трещины. У больных с кандидозным стоматитом процесс часто распространяется на углы рта. Возможно изолированное поражение углов рта (кандидозная, или дрожжевая, заеда): ограниченные эрозии/трещины на слегка инфильтрированном основании, окруженные бахромкой слабо приподнятого побелевшего эпидермиса. Появлению заеды способствует мацерация углов рта, возникающая при неправильном прикусе.

Простой герпес (*herpes simplex*) на губах сопровождается их отеком, появлением сгруппированных везикул. После вскрытия везикул образуются эрозии с мелкоциклическими очертаниями, покрытые геморрагическими корочками.

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, глубокую 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).

Форма поражения красной каймы губ без выраженной атрофии. Характерны эритема и незначительный гиперкератоз, изредка – инфильтрация и телеангиэктазии. Поражение красной каймы губ чаще диффузное.

Эрозивно-язвенная форма. Поражение локализуется на нижней губе. Характерны эритема и отек. В дальнейшем образуются трещины, эрозии, язвы, покрытые серозными или серозно-геморрагическими корками. Эрозии располагаются на

умеренно инфильтрированном основании, по периферии эрозий выявляют гиперкератоз и атрофию.

Глубокая форма красной волчанки Капоши-Ирганга. Поражение в виде выступающего над поверхностью кожи узла. На поверхности эритема, может быть умеренное шелушение. Диагноз обычно подтверждается гистологически.

Диагностика основана на выявлении и оценке всего комплекса клинических проявлений. Обязательным является обследование пациента для исключения системности процесса и на предмет наличия очагов фокальной инфекции. Назначают антималярийные препараты, препараты никотиновой кислоты, аскорбиновой кислоты, кальция. Наружно возможны только короткие курсы топических глюкокортикоидов из-за риска их атрофогенного эффекта, который может усугублять рубцовую атрофию после разрешения типичных высыпаний красной волчанки. Для профилактики рецидивов необходима адекватная фотопротекция (солнцезащитные кремы с высоким SPF или солнцезащитные губные помады).

При красном плоском лишае выделяют пять клинических форм: типичную, гиперкератотическую, эрозивно-язвенную, пигментную, буллезную. В отличие от проявлений красной волчанки, не характерен выход очагов поражения за пределы красной каймы губ.

Для типичной формы наиболее характерно появление мелких (до 2 мм) узелков беловато-перламутрового цвета, которые сливаются между собой, образуя причудливый рисунок (лист папоротника, сетка и т. п.). У пациентов с гиперкератотической формой могут образовываться очаги ороговения с резкими границами. При эрозивно-язвенной форме появляются эрозии, реже язвы. Субъективно больных беспокоит болезненность при приеме пищи. При пигментной форме на фоне типичных высыпаний формируется характерная стойкая серовато-коричневого цвета пигментация. При буллезной форме наряду с типичными высыпаниями образуются небольшие пузыри, вскрывающиеся с образованием достаточно быстро эпителизирующихся эрозий.

Диагноз устанавливают на основании обнаружения типичных высыпаний на гладкой коже и слизистой оболочке полости рта, в ряде случаев проводят гистологическое исследование.

Лечение. Внутри назначают антималярийные препараты. Наружно – короткие курсы наружных глюкокортикостероидов, смягчающие, увлажняющие средства для ухода за губами.

Хейлит при врожденном и вульгарном ихтиозе всегда протекает на фоне других проявлений этих заболеваний. Характерны шелушение губ, сглаженность контуров красной каймы, трещины. У пациентов с врожденным ихтиозом после рождения выявляются многочисленные глубокие трещины в области углов рта и на красной кайме губ, которые оставляют после заживления рубцовые изменения, приводящие к вывороту ротового отверстия.

Диагностика основана на обнаружении клинических признаков ихтиоза.

Лечение. Рекомендуют увлажняющие и оживляющие губные помады на фоне рациональной терапии ихтиоза.

#### **ХЕЙЛИТЫ ПРИ ГИПОВИТАМИНОЗАХ**

Большинство гиповитаминозов характерно для младенческого и детского возраста, авитаминозы в настоящее время встречаются редко.

Клиническая картина. Недостаточность витамина А (ретинола) проявляется ксерозом, бледностью кожных покровов, фолликулярным гиперкератозом, а также сухостью губ, повышенным ороговением и глубокими трещинами в углах рта (заеды). Обычно поражаются обе губы, в процесс может вовлекаться слизистая оболочка рта – характерны сухость, помутнение, отсутствие блеска.

При гиповитаминозе С бывают геморрагические высыпания на красной кайме и слизистой оболочке губ, сопровождающиеся цианозом губ.

При гиповитаминозе В<sub>2</sub> (рибофлавин) отмечаются хейлит, глоссит и себорейный дерматит лица. Губы становятся отечными, застойно-красного цвета, на поверхности возникают трещины, чешуйки и геморрагические корки. Характерны трещины в углах рта. Больные жалуются на зуд, жжение, болезненность при приеме пищи.

Имеются указания, что неспецифический хейлит (шелушение, сухость губ, трещины) может также развиваться при недостаточности витаминов В<sub>6</sub> (пиридоксина) и В<sub>12</sub> (фолиевой кислоты).

Диагностика. Проводят комплексную оценку клинической симптоматики гиповитаминоза.

Лечение. Витаминотерапия, симптоматическая наружная терапия.

При дерматите Дюринга характерны положительная проба Ядассона, наличие эозинофилов в пузыре, эозинофилия в периферической крови больных. Дифференциальная диагностика дерматита Дюринга проводится с вульгарной пузырчаткой (герпетиформным вариантом), герпесом беременных, буллезным пемфигоидом.

Рубцующийся пемфигоид:

Основные изменения развиваются на слизистой оболочке глаз. Начинается пемфигоид с катарального конъюнктивита и появление мелких эрозий после лопнувших пузырей, оставляющих после себя рубцово-фиброзные изменения, затем происходит высыхание конъюнктивы и эпителия роговицы, и нередко процесс заканчивается полным зарастанием конъюнктивального мешка и слепотой. Со слизистой оболочки глаза подобные рубцово-атрофические изменения распространяются на слизистую оболочку полости носа, рта, гортани.

Образование рубцов, спаек и атрофии на месте бывших пузырей является главной особенностью этой формы пузырчатки. В отдельных случаях пемфигоид начинается с появления пузырей на коже, и затем в процесс вовлекается конъюнктива. Чаще болеют женщины пожилого возраста.

Доброкачественная пузырчатка только полости рта.

Только на слизистой оболочке рта появляются пузыри величиной с горошину, с напряженной покрышкой и прозрачным содержимым, которые быстро вскрываются; обнаженные эрозии покрываются легко снимающимся налетом беловато-серого цвета. В мазках-отпечатках со дна пузырей и эрозий акантолитических клеток не обнаруживается. Пузыри и эрозии вызывают незначительное жжение при приеме кислой и горячей пищи. Они рецидивируют каждые 15-20 дней.

Пузырно-сосудистый синдром:

Развивается на фоне повышенной ломкости сосудов при малейшей травме у лиц с гипертонической болезнью I-II ст., атеросклерозом; в момент подъема артериального давления появляются подэпителиальные пузыри с геморрагическим содержимым, Болеют чаще женщины в возрасте от 45 до 70 лет,

Локализация - слизистая оболочка мягкого нёба или щеки, десны (реже).

Небольшая колющая боль в момент образования пузыря,

Одиночный пузырь размером от 1,0 до 3 см с геморрагическим содержимым, сохраняется 2-3 дня, слизистая оболочка в окружности не изменена, после вскрытия образуется слабо болезненная эрозия с обрывками покрышки пузыря по краям и беловато-серым фибринозным налетом; симптом Никольского отрицательный.

Многоформная экссудативная эритема.

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).

## **8. Вопросы по теме 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, пузырных дерматозах, многоформной экссудативной эритеме, красном плоском лишае, предраковых заболеваниях губ, слизистой рта.

#### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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.

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: б

4. Красный плоский лишай на слизистой полости рта необходимо дифференцировать с (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) сифилитическими папулами;
- б) розовым лишаем Жибера;
- в) лейшманиозом;
- г) строфулюсом;
- д) склеродермией.

Правильный ответ: а

5. Появление красного 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.

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: д

7. Патогистология красного плоского лишая: (УК-1, ПК-1)

- а) фибриноидная дегенерация;
- б) акантолиз;
- в) паракератоз;
- г) гипергранулез;
- д) микроабсцессы Мунро.

Правильный ответ: г

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.

Правильный ответ: д

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.

Правильный ответ: а

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».
- Правильный ответ: б

## 10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

### 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.

Вопросы:

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Этиология и патогенез заболевания.
- 3.Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания.
- 4.Назначьте лечение.
- 5.Рекомендации больной после окончания лечения.

### Ответ к задаче №1

- 1.Эксфолиативный хейлит (сухая форма).
- 2.Этиология и патогенез окончательно не изучены. Важная роль принадлежит психоэмоциональным факторам. При сухой форме эксфолиативного хейлита преобладают депрессивные реакции. Определенное значение имеют эндокринные нарушения, генетическая предрасположенность.
- 3.Необходимо дифференцировать с атопическим, метеорологическим, контактным аллергическим хейлитами.
- 4.Антидепрессанты (амитриптилин 0,025 2р/день)  
Транквилизаторы (элениум 0,01 3р/день)  
Наружно жиряющие кремы и мази.
- 5.Необходимо проводить психопрофилактические беседы. Консультации психотерапевта.

### 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.

Вопросы:

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?

**Ответ к задаче №2**

1.Кандидозный стоматит, хейлит, кандидозная заеда.

2.микроскопическое исследование налета с полости рта.

проведение серологических реакций: РПГА (реакция пассивной гемагглютинации), ИФА (иммунный ферментный анализ), определение IgE против *C. albicans*;  
посев материала со слизистой полости рта.

3.Со стрептококковой, сифилитической, микотической заедами, эрозивной формой красного плоского лишая, афтозным стоматитом, вторичными сифилидами, симптоматическими хейлитами.

4.Общее лечение - внутрь Diflucan 50 мг 3р/день в течение 1 недели.

Местное лечение:

Полоскания содовые, с раствором шалфея, ромашки.

На язык, слизистую рта водный 5% тетраборат натрия (бура) в глицерине. Облепиховое масло на очаги поражения.

Водные и спиртовые анилиновые красители.

В случае стойкости процесса

5.Консультации эндокринолога, диетолога.

### **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.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
4. Течение заболевания.
5. Тактика лечения при появлении признаков озлокачествления.

#### **Ответ к задаче №3**

1. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти
2. Значительную роль играют возрастные трофические изменения тканей, которые особенно выражены у лиц с разрушенными передними нижними зубами. В связи с этим легко возникает деструктивная ответная реакция на инсоляцию, острую и хроническую травму.
3. С эрозивной формой красного плоского лишая, эрозивно – язвенной формой красной волчанки, акантолитической пузырчаткой, герпетической эрозией.
4. Течение хейлита Манганотти хроническое, часто заканчивается озлокачествлением спустя 3 месяца – 30 лет после начала заболевания.
5. Если появились признаки озлокачествления, следует произвести хирургическое удаление очага поражения в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием.

#### **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.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Диагностика заболевания.
4. Прогноз заболевания
5. Профилактика заболевания

#### **Ответ к задаче №4**

1. Актинический хейлит
2. Основная причина возникновения актинического хейлита – развитие аллергической реакции по замедленному типу на УФ-лучи. Определенную патогенетическую роль играет состояние желудочно – кишечного тракта и гепатобилиарной системы.
3. Диагностика актинического хейлита основана на клинической картине и типичном анамнезе.

4. Прогноз актинического хейлита благоприятный, однако длительно существующий процесс может служить фоном для развития предраковых заболеваний.

5. Профилактика заключается в применении фотозащитных мазей и кремов.

#### **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.

Вопросы:

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

#### **Ответ к задаче №5**

1. Контактный аллергический хейлит.
2. Воспаление красной каймы губ, возникающее в результате непосредственного воздействия на кожу экзогенного раздражающего фактора (сенсibilизатора).
3. Дифференциальная диагностика с другими видами хейлита, красным плоским лишаем, красной волчанкой.
4. Причиной аллергических контактных хейлитов являются в основном губные помады, а также пластмасса зубных протезов, компоненты зубных порошков и паст, пластмассовые мундштуки духовых инструментов.
- 5.- Подбор гипоаллергенной губной помады.  
- Гигиенический уход за кожей лица и красной каймой губ.

#### **11. Перечень и стандарты практических умений.**

4. Собрать жалобы и анамнез у пациента с хейлитом.
5. Описать пораженную слизистую оболочку у пациента с хейлитом.
6. Составить алгоритм обследования и лечения больного с хейлитом.

#### **12. Примерная тематика НИР по теме.**

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.

#### **13. Рекомендованная литература по теме занятия:**

#### **Электронные ресурсы**

№ 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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		

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 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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 3. Значение темы.

Знание клинических особенностей заболеваний сальных и потовых желез, осложнений данных заболеваний необходимо в практической деятельности врача дерматовенеролога.

#### 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

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

**5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия, гистологические препараты.

**6. Структура содержания темы (хронокарта):**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа



			а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

### 7. Аннотация (краткое содержание темы).

Себорея – патологическое состояние кожи, характеризующееся количественным и качественным изменением кожного сала. Термин «себорея» (от латинского *sebum* – сало и греческого *rhoea* – лить) ввел в 1840 г. Fuchs для обозначения ненормального повышенного салоотделения, однако он уже понимал под этим не только количественное изменение кожного сала, но и качественное, в частности изменение его плотности. Ведущая роль в возникновении себореи принадлежит гормональным нарушениям. Изменение состава кожного сала при себорее характеризуется заметным повышением количества андрогенов и снижением эстрогенов. Особым моментом является изменение соотношения между низшими и высшими жирными кислотами с увеличением последних, а также уменьшение концентрации незаменимой ненасыщенной линоленовой кислоты, свободных стеролов и ацилцерамидов. В иммунном статусе у больных себореей выявлялось снижение Т- и В- лимфоцитов, а также реакций неспецифического иммунитета. Важную роль играют нарушения вегетативной нервной системы, желудочно-кишечного тракта и наличие очагов хронической инфекции. Различают сухую, жирную и смешанную себорею. В зависимости от консистенции и химического состава кожного сала жирную себорею подразделяют на жидкую и густую. Именно жирная себорея, при которой имеется гиперпродукция кожного сала, является фоновым состоянием при акне. Наиболее часто

она протекает по типу жидкой, по данным Королева Ю.Ф. (1961) чаще наблюдается у женщин (у 75% больных себореей женщин и 40% больных мужчин). Густая себорея развивается примерно у 20-30% больных мужчин и у 3% женщин. При этой форме кожное сало имеет вязкую, густую консистенцию в силу того, что кожное сало сгущено многочисленными отторгающимися роговыми чешуйками, содержит низкий уровень свободных низших жирных кислот и поэтому обладает сниженными бактерицидными свойствами. На коже наблюдается выраженное расширение устьев сальных желез, снижение эластичности кожи из-за затруднения выделения кожного сала. Густая себорея чаще других осложняется угрями. Сухая себорея не является патогенетическим фактором акне. Она встречается реже, чем жирная и связана с гипофункцией сальных желез. Смешанная себорея является комбинированной формой существования разных форм себореи. Возможно сочетание жидкой и густой себореи, сухой и жирной на разных участках кожного покрова, в частности в различных себорейных зонах. Лечение себореи и ее осложнений (себорейной алопеции, инфекционных осложнений) комплексное патогенетическое и симптоматическое.

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.

Типичный возраст начала заболевания – ранний пубертатный период, однако у 8% пациентов возраст начала заболевания приходится на 20-30 лет. В настоящее время отмечается тенденция роста заболеваемости угревой болезнью, а также увеличение частоты поражения лиц старше 25 лет (тенденция «взросления» дерматоза). Пик заболеваемости приходится на 14-17 лет у женщин и 16-19 лет у мужчин. Часть больных страдают тяжелыми формами заболевания в виде распространенных глубоких папуло-пустулезных, конглобатных, флегмонозных угрей с образованием постакневых рубцов и вторичных изменений пигментации кожи. Преобладание тяжелых форм акне у лиц мужского пола по сравнению с женским увеличивается с возрастом. Хроническое рецидивирующее течение заболевания, резистентность к терапии, ведут к негативному влиянию на психоэмоциональную сферу больных и их социальной дезадаптации. Даже легкие степени поражения кожи нередко вызывают у больных (особенно у большинства подростков) невротические или/и психогенные реакции.

Вульгарные угри были известны более чем за 1,5-2 тыс. лет до н. э., как особая форма поражения кожи в молодом возрасте. Древние греки для обозначения угрей употребляли название «*jointhi*», римляне – «*vari*». Полагают, что термин «аспе» возник по ошибке переписчиков, в результате которой греческие слова *axim* (точка, верхушка), *akme* (вершина) или *achne* (пена) трансформировались в *aspe*. Первым в литературе термин «аспе» для обозначения папуло-пустулезной сыпи применил Этиус – личный врач императора Юстиниана в 542 г. до н.э. Описание вульгарных угрей впервые приведено в 1977 г. в учебнике Logg, когда угри под названием «*vari*» были отнесены к классу папул. Венский врач Hebra (1816-1877) связал акне с поражением сальных желез и волосяных фолликулов и описал процесс, близкий современному.

Первичные морфологические изменения при акне связаны сальными железами, а точнее с сально – волосяными фолликулами. Вместе с тем, свободные сальные железы поражаются при себорее.

Выводные протоки сальных желез состоят из кератинизированных клеток, в разветвлениях протоков отсутствует роговой и зернистый слой. Выводные протоки открываются в волосяной фолликул на границе его верхней и средней трети. Фолликулярный канал в месте впадения протока сальной железы делится на две части. Эпидермальную часть, короткая составляет одну пятую канала и называется *ascroinfundibulum*, а проксимальная, более длинная часть (четыре пятых) называется *infracroinfundibulum*. Эти две части отличаются своим клеточным строением. Эпителий эпидермальной части аналогичен эпителию эпидермиса, его роговой слой идентичен роговому слою в эпидермисе. Роговой слой проксимальной части канала не компактный, клетки имеют малое сцепление и быстро уничтожаются кожным салом. Как правило, наиболее мелкие сальные железы связаны с фолликулами длинных волос, а крупные и многодольчатые – с фолликулами пушковых. В зависимости от размера волос и величины сальных желез выделяют три типа сальных фолликулов:

1. 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.
2. Второй тип – фолликулы волос пушковых, которые имеют диспропорционально большую сальную железу. Их роль при акне оспаривается.
3. 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 многодольчатые 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. По мнению многих авторов, акне возникает на фоне сформировавшегося «себорейного

статуса». Гиперсекреция сальных желез по данным различных авторов является важным условием для формирования акне. Чем выше секреция кожного сала, тем тяжелее проявления угревой болезни. Однако есть сообщения о ряде исследований, что уровень гиперсекреции не соответствует тяжести течения болезни. Ни менее важным является качественное изменения кожного сала. Первоначальные морфологические изменения связаны с нарушением процессов ороговения устья волосяного фолликула. При себорее в увеличенном объеме кожного сала снижается концентрация линоленовой кислоты, которая подавляет экспрессию фермента трансглутаминазы. Трансглутаминаза участвует в синтезе кератина фракций 1 и 10, белков инволюкрина, лорикрина и филаргина. Все эти вещества – основные компоненты цементирующей субстанции корнеоцитов. Повышение факторов, способствующих кератинизации ведет к повышенному ороговению внутри фолликула, наблюдается ретенционный гиперкератоз сально-волосяного фолликула. Таким образом, нарушается физиологическая десквамация эпителия и отток секрета сальных желез. Проток сально-волосяного фолликула постепенно закрывается роговыми массами. На фоне повышенной функциональной активности сальных желез, гиперпродукции кожного сала образуется его застой в протоке фолликула. Если обтурация преобладает в *isthmus*, формируется открытый комедон. Микробный фактор играет ключевую роль в дальнейшем патогенезе акне. В развитии воспалительного процесса в сальных железах могут принимать участие: *Propionibacterium granulosum*, *Staphylococcus epidermidis* и *Pityrosporum ovale et orbiculare*. Однако ключевую роль в воспалительной фазе играют *P. acnes*. При формировании открытых и особенно закрытых комедонов, внутри протоков создаются анаэробные условия. Численность *Propionibacterium acnes* – факультативных анаэробов при наличии оптимальных для их размножения условий начинает активно увеличиваться. Эпителий повреждают и способствуют воспалению липаза, протеолитические ферменты, белки, вазоактивные амины продуцируемые *P. acnes*. Антигены микроорганизмов привлекают к сально-волосяному фолликулу из периферической крови мононуклеарные фагоциты и нейтрофилы. Вследствие активации комплемента также возникает положительный хемотаксис нейтрофильных лейкоцитов в зону поражения, а также синтез антител против *P. acnes*. Моноциты и нейтрофилы продуцируют интерлейкины 1-альфа, 1-бета и 8, фактор некроза опухоли альфа, и также стимулируют систему комплемента. Эти провоспалительные цитокины в свою очередь активируют фермент циклооксигеназу, в результате чего из арахидоновой кислоты образуется главный медиатор воспаления – лейкотриен В<sub>4</sub>. Последний активирует нейтрофилы, Т-лимфоциты, моноциты и эозинофилы с последующим высвобождением ими гидролитических ферментов и монооксида азота. Это ведет еще к большему повреждению эпителия сально-волосяных фолликулов. В дерме накапливаются высокоактивные радикалы (свободные радикалы кислорода, гидроксильные группы, супероксиды перекиси водорода), которые повреждают клетки и усиливают воспаление.

Многие авторы полагают, что инициальным звеном в патогенезе акне является дисбаланс соотношения андрогены/эстрогены с увеличением числителя [1, 5, 12, 16, 35]. Такое соотношение характерно в период полового развития, что и является наиболее частой причиной развития заболевания в данном возрасте. Гиперандрогения может проявляться в виде абсолютного увеличения количества гормонов (абсолютная гиперандрогения) или в виде повышенной чувствительности рецепторов половых

стероидов, клеток-мишеней к нормальному или сниженному уровню андрогенов в организме (относительная гиперандрогения). Возможно сочетание этих факторов. Основная часть тестостерона и эстрадиола связана с глобулинами, связывающими половые стероиды (ПССГ), и лишь 2 – 5% половых стероидов находится в сыворотке крови в свободном состоянии. Именно эти свободные стероиды биологически активны и, проникая в клетку-мишень, вызывают в ней биохимические процессы. Поэтому скрытые формы гиперандрогении выявляются при диагностике уровня свободной фракции тестостерона, а не общего тестостерона. Иногда повышение свободного тестостерона связано с снижением уровня ПССГ. Известно, что в развитии гиперсекреции сальных желез участвует помимо тестостерона наиболее активный его метаболит – 5 $\alpha$ -дигидротестостерон. Биосинтез последнего в 20-30 раз выше по сравнению со здоровыми людьми, при чем у мужчин этот процесс протекает более активно, чем у женщин. Активность 3 $\beta$ -гидроксидегидрогеназы и 5 $\alpha$ -редуктазы (которая переводит свободный тестостерон в дигидротестостерон) у больных акне значительно повышен по сравнению с нормой.

Другие факторы в патогенезе угревой болезни. Некоторые авторы придают значение в развитии акне снижению цинка в сыворотке крови. Некоторые авторы указывают на антиандрогенное действие цинка, В.А. Гребенников и соавт.(1987) указывали на резкую активизацию калликреин-кининовой системы при вульгарных угрях, особенно в период обострения. Пескова И.В. и соавт. (2001) выявили повышение функционально-метаболической активности нейтрофилов периферической крови, перекисного окисления липидов и понижение антиоксидантной защиты в эритроцитах больных различными формами вульгарных угрей, при чем степень нарушений коррелировала с тяжестью течения дерматоза. По современным данным, высокоуглеводная, жирная и другая пища не играет значительной роли в патогенезе заболевания.

Клинические проявления акне следующие:

1. 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.
2. 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.
3. Папулезные акне – воспалительные узелки у основания комедонов.
4. Пустулезные акне – гнойнички, образующиеся на месте папулезных элементов, точнее центральной части папул.
5. Индуративные акне – обширные инфильтраты с бугристой поверхностью вокруг воспаленных сально-волосяных фолликулов.
6. Флегмонозные акне – глубокие, медленно развивающиеся фолликулярные и перифолликулярные дермо-гиподермальные абсцессы, образующиеся в результате слияния нескольких пустул.
7. Конглобатные акне – крупные полушаровидные дермальные узлы размером до вишни плотной консистенции. Узлы могут сливаться в абсцессы, размягчаться, образовывая

язвы. После заживления язв оставляют после себя неровные рубцы. Некоторые исследователи отмечают эту форму угревой сыпи у мужчин с дополнительной Y-хромосомой (XYY).

8. 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.
9. 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.
10. Тропические акне – абсцедирующие конглобатные акне у пожилых людей в условиях жаркого влажного климата.
11. 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.
12. 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.
13. 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).
14. 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 папулопустулезное
- 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 (таблица 1).

**Классификация степени тяжести акне,  
предлагаемая Американской академией дерматологии**

**Таблица 1**

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

Диагностика угревой болезни основывается на клинической картине заболевания. Клиническая оценка основывается на визуальной диагностике и обычной фотографии. Оба эти способа являются несовершенными. Трудно оценить индивидуальные акне-повреждения, и даже цифровая фотография не дает возможности точно регистрировать повреждения, такие как эритема и микрокомедоны. Последнее время наиболее совершенной считается флюоресцентная фотография в параллельно-поляризованном свете, использующаяся как метод диагностики, а также для изучения эффективности различной терапии (Порфириновая оранжево-красная флюоресценция сальных фолликулов обусловлена продуцированием пропионбактериями различных порфиринов).

Ряд исследователей установили, что интенсивность флюоресценции порфиринов пропорциональна плотности *P. asnes* и снижается при эффективном лечении антибиотиками). Флюоресцентная биомикроскопия кожи позволяет без окраски наблюдать светочувствительные структуры в коже, в том числе сально-волосные фолликулы, наблюдая флюоресцентное фолликулярное свечение.

**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. Однако для купирования симптомов заболевания требуются высокие дозы и длительное назначение препаратов, что усугубляет современную проблему терапии акне – антибиотикорезистентность пропионовых бактерий. Существует несколько базисных антибиотиков в лечении угревой болезни. Тетрациклин является в настоящее время, по мнению большинства авторов, препаратом выбора. Он способен накапливаться в сальных железах. Рекомендуется начинать лечение с высоких доз – 1 г/сутки с последующим циклическим снижением. Курс лечения составляет от 2-х недель до 4-5 месяцев. В практике часто применяется доксициклин, обладающий лучшей всасываемостью, переносимостью и также интенсивно кумулирующий в сальных железах. В Европе применяется довольно часто миноциклин. Препаратом второго ряда считается эритромицин. Однако по данным некоторых авторов эритромицин является препаратом выбора в лечении угревой болезни. Применяется также джозамицин. Эти препараты назначаются также как и антибиотики тетрациклинового ряда в тех же дозах. В последние годы в лечении угревой болезни применяется азитромицин. Препарат назначается чаще в дозе 3,0 г на курс. Клиндамицин зарекомендовал себя как довольно эффективный антибиотик, однако в последнее время все чаще развивается к нему резистентность бактерий, к тому же при длительном применении развивается довольно часто побочные эффекты. Альтернативными препаратами являются котримоксазол (триметоприм/сульфаметоксазол) и триметоприм, назначаемые курсом от 14 до 21 дня. Данные препараты рекомендуют назначать и при грамнегативном акне. Цефалоспорины достаточно хорошо действуют по отношению к пропионбактериям «in vitro», в практике действие их недостаточно изучено, однако некоторые исследователи допускают применение препаратов этого ряда в некоторых случаях. Системная антибиотикотерапия не исключает применение местных антибиотиков. Местные антибактериальные препараты без системной терапии рекомендуется применять лишь при папулезных и пустулезных формах акне средней степени тяжести. Среди антибиотиков топической терапии используется эритромицин (зинерит, эрифлюид, даверцин) и клиндамицин (далацин-Г, амрацин), тетрациклин, мупироцин, эффективно применяющиеся в лечении вульгарных угрей. Наружные антибиотики назначаются в течение 3-5 недель. Продолжительность применения не должна превышать таких сроков, т.к. именно топические антибиотики создают высокую концентрацию препарата в очагах акне, при этом риск развития резистентности флоры очень высокий. Выраженным антибактериальным действием обладает производный бензойной кислоты – бензоилпероксид, обладающий противовоспалительным и, по некоторым данным, небольшим комедонолитическим действием. Антибактериальным действием обладает также фузидиевая кислота, которая также повышает чувствительность флоры к некоторым антибиотикам, и может использоваться в комплексном лечении угревой болезни. Как системная, так и наружная антибиотикотерапия сочетается с препаратами, воздействующими на фолликулярный гиперкератоз. Наружные препараты такого действия представлены в первую очередь ретиноидами. Топические ретиноиды

составляют основу практически всех терапевтических программ по лечению угревой болезни. Ретиноиды являются препаратами первого выбора среди наружных лекарственных средств согласно принятой в Европе (2002г.) «Алгоритму лечения акне». Стандартными препаратами являются третиноин (трансретиноевая кислота) и изотретиноин (13-цисретиноевая кислота). На рынке существуют препараты третиноина и изотретиноина в различных концентрациях (айрол, ретин А, локацид, изотрекс, ретиноевая мазь). Наибольшей терапевтической активностью обладает изотретиноин. Однако при наружном лечении третиноином и изотретиноином зачастую возникает выраженное раздражающее действие на кожу, что препятствует их длительному применению. Новые препараты третиноина – «Retin-A Micro» и «Avita» обладают меньшими побочными реакциями. Однако ретиноид последнего поколения – адапален все же более предпочтителен в силу дифференцированной взаимосвязи с  $\gamma$ -рецепторами и тем самым своей лучшей переносимости и наличия противовоспалительного действия, поэтому на современном этапе довольно успешно применяется при различных формах угревой болезни. Изотретиноин («Роаккутан», «Accutane»), применяющийся системно в лечении угревой болезни, напрямую или опосредованно действует на все звенья патогенеза акне и является препаратом выбора при тяжелых формах угревой болезни, резистентном к другим методам лечения акне, акне, сопровождающимся депрессивными расстройствами. Среди наружных средств в последние годы хорошо зарекомендовала себя азелаиновая кислота. Азелаиновая кислота единственное средства наружного действия обладающего кератолитическим, противовоспалительным и довольно хорошим антибактериальным, действием, не вызывая развития резистентности бактерий в связи, с чем применение ее при разных формах угревой болезни довольно эффективно. Различные кератолитики – салициловая кислота, ее производные, резорцин, альфа-гидроксильные кислоты (АНА) в небольших концентрациях применяются как монотерапия при комедональной форме угревой болезни, либо в комплексном лечении воспалительных форм акне. АНА эффективно применяются в виде растворов для пилингов в лечении акне и пост-акне – рубцов, пигментаций, а также в составе косметических средств в лечении не тяжелых форм угревой болезни. Эффективно применяются косметические препараты, содержащие гидроксильные кислоты и различные вспомогательные компоненты, обладающие противовоспалительным (цинк) либо увлажняющим действием (термальная вода и т.п.) Антиандрогены применяются у женщин в виде препаратов ципротерона, спиронолактона. Легким антиандрогенным действием обладают кетоконазол и циметедин. Антиандрогенно действует также препарат проскар – ингибитор 5- $\alpha$  редуктазы. Препараты – ингибиторы 5- $\alpha$  редуктазы в лечении угревой болезни не прошли клинических испытаний. А также проскар снижает либидо и не рекомендован молодым пациентам. Криотерапия, дарсонвализация применяются при регрессе острых воспалительных явлений, при коррекции остаточных явлений заболевания. Некоторые авторы предлагают использовать криотерапию в комплексном при лечении поверхностных папуло-пустулезных угрях. В последние годы хорошо зарекомендовала себя в лечении угревой болезни озонотерапия, обладающая антибактериальным, иммуномодулирующим, активизирующим метаболизм и противовоспалительным действием. Необходимо помнить об обязательном противорецидивном лечении угревой болезни, при котором используются поверхностные химические пилинги, косметические средства, содержащие гидроксильные кислоты в низких концентрациях,

адапален, бензоилпероксид и азелаиновая кислота. Доза и длительность назначения корректируются индивидуально. Гигиенический уход за кожей больных угревой болезнью должен содержать специальные косметические средства, рекомендованные для ухода за кожей, склонной к акне.

Болезни потовых желез. Деятельность эккринных, апокринных потовых желез. Гипергидроз – усиленное потоотделение за счет гиперсекреции потовых желез. Различают локальный гипергидроз, гипергидроз стоп, кистей, ассиметричный гипергидроз. лечение гипергидроза комплексное, воздействие на фактор возникновения и прямое воздействие на потоотделение. Применение ботулотоксина – современный эффективный вид терапии. Гипогидроз\_ снижение функции потовых желез. Различают местный и общий гипогидроз. Ангидроз-снижение функции, атрофия и полное отсутствие потовых желез. Кроме патогенетической терапии большое значение имеет уход за кожей больного, температурный режим, режим труда и отдыха.

### **8. Вопросы по теме 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.

### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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
- правильный ответ: 5

#### **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) повышенное салоотделение, гиперандрогения, генетические факторы
  - 5) повышенное салоотделение, нарушения ороговения сально-железистого аппарата, гиперандрогения, генетические факторы
- правильный ответ: 5

#### **3. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АНГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)**

- 1) ангидроз
- 2) гипотрихоз
- 3) гипертермии

- 4) ангидроз, гипертермии
  - 5) ангидроз, гипотрихоз, гипертермии
- правильный ответ: 5

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
- правильный ответ: 5

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
- правильный ответ: 3

6. В СЛУЧАЕ ПОВЫШЕННОГО САЛООТДЕЛЕНИЯ НА ГОЛОВЕ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ (ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- 1) мыть голову часто, не реже двух раз в неделю
  - 2) использовать постоянно сульфеновое 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
- правильный ответ: 4

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
- правильный ответ: 1

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

правильный ответ: 1

#### 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

правильный ответ: 1

#### 10. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8)

- 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

правильный ответ: 1

#### 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

правильный ответ: 1

#### 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

правильный ответ: 1

### 10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

#### 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.

Вопросы:

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?

### **Ответ к задаче №1**

1. Угревая болезнь

2.-Расстройства гормональной регуляции (повышение андрогенов и усиление их влияния на сальную железу, повышенное продуцирование кожного сала);

-Изменения химического состава кожного сала, увеличение его плотности и снижение бактерицидных свойств;

-Нарушения процессов кератинизации, особенно в устьях волосяных фолликулов;

-Колонизация протоков сальных желез *Propionibacterium acne*, золотистым стафилококком, которые выделяют фермент липазу, разлагающую триглицериды кожного сала до свободных жирных кислот, способствующих перигландулярному и перифолликулярному воспалению.

-У большинства пациентов нет гормональных нарушений.

3. Невоспаленные очаги:

-Микрокомедоны

-Белые угри

-Черные угри

-Макрокомедоны

Воспаленные очаги:

-Папулы

-Поверхностные пустулы

-Глубокие воспалительные очаги (индуративные, сливные, флегмонозные, конглобатные угри).

4.-Грамотрицательный фолликулит (быстрое начало с появлением многочисленных пустул, частично вокруг носа и рта).

-Розацеа: телеангиэктазии и отсутствие комедонов.

-Медикаментозное акне: мономорфные высыпания.

-Экскориированное акне: папулезные очаги вследствие манипуляций.

-Фолликулярный кератоз (локализация на разгибательной поверхности плеча)

-Бактериальный (грамнегативный) и грибковый фолликулит (не типичен на лице)

5.-Глубина залегания элементов

-Формирование ретенционных кист

-Наличие воспаления и его выраженность

-Массивность инфильтрата

-Наличие или отсутствие пустулизации

-Особенности рубцевания

-Наличие гиперергического компонента воспаления

### **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.

Вопросы:

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.

### **Ответ к задаче №2**

1.Жирная себорея. Себорейный дерматит.

2.Причиной заболевания являются липофильные дрожжевые грибы *Malassezia*. В патогенезе имеют значение повышенная секреция кожного сала и изменение его качественного состава; гормональные, иммунные и нейроэндокринные нарушения.

3.Заболевание имеет хронический характер с ремиссиями и обострениями.

4.– грибковая инфекция

- красная волчанка

- розацеа

- псориаз

- листовидная пузырчатка

5.Себорейный дерматит лица легкой и умеренной степени хорошо реагирует на наружные противогрибковые средства (кремы, гели). Также эффективно ежедневное мытье лица шампунем против перхоти («Микозорал», «Низорал») или мылами, содержащими пиритион цинка. Слабое и умеренное поражение волосистой части головы лучше всего лечить частым и обильным мытьем с применением шампуней против перхоти. В тяжелых случаях проводится системная противогрибковая терапия (кетоназол, итраконазол).

### **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.

Вопросы:

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.

**Ответ к задаче №3**

1. Жирная себорея. Себорейный дерматит.

2. Причиной заболевания являются липофильные дрожжевые грибы *Malassezia*. В патогенезе имеют значение повышенная секреция кожного сала и изменение его качественного состава; гормональные, иммунные и нейроэндокринные нарушения.

3. Заболевание имеет хронический характер с ремиссиями и обострениями.

4. – грибковая инфекция

- красная волчанка

- розацеа

- псориаз

- листовидная пузырчатка

5. Себорейный дерматит лица легкой и умеренной степени хорошо реагирует на наружные противогрибковые средства (кремы, гели). Также эффективно ежедневное мытье лица шампунем против перхоти («Микозорал», «Низорал») или мылами, содержащими пиритион цинка. Слабое и умеренное поражение волосистой части головы лучше всего лечить частым и обильным мытьем с применением шампуней против перхоти. В тяжелых случаях проводится системная противогрибковая терапия (кетоконазол, итраконазол).

**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.

Вопросы:

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.

**Ответ к задаче №4**

1. Сухая себорея. Себорейный дерматит.

2. Причиной заболевания являются липофильные дрожжевые грибы *Malassezia*. В патогенезе имеют значение пониженная секреция кожного сала и изменение его качественного состава; гормональные, иммунные и нейроэндокринные нарушения.

3. Заболевание имеет хронический характер с ремиссиями и обострениями.

4. – грибковая инфекция

- красная волчанка

- розацеа

- псориаз

- листовидная пузырчатка

5. Слабое и умеренное поражение волосистой части головы лучше всего лечить частым и обильным мытьем с применением шампуней против перхоти («Микозорал», «Низорал»). В тяжелых случаях проводится системная противогрибковая терапия (кетоконазол, итраконазол).



### 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.

Вопросы:

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?

#### Ответ к задаче №5

1. Угревая болезнь

2. Угревая болезнь (акне) – заболевание сальных желез и волосяных фолликулов, сопровождающееся фолликулярной кератинизацией, закупоркой протоков избыточно функционирующих сальных желез, перифокальным воспалением (обычно на фоне паразитирования *Propionibacterium acne* – *P. acne*), что приводит к формированию узелковых, пустулезных, кистозных образований – угрей

3. Показаны женщинам со стойким акне при наличии гиперандрогенизации (волосы на лице, гипертрофия мышц, нерегулярные менструации)

-Проводятся тесты на уровень тестостерона, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона и дегидроэпиандростерона сульфата

-Тесты на бактериальные и грибковые культуры проводятся для исключения инфекционного фолликулита

-Исследования на наличие *P. Acne* и выявление резистентности к антибиотикам.

4. Вегетативные отклонения

-Дефицит цинка в организме

-Очаги фокальной инфекции

-Эндокринопатии (сахарный диабет, микседема, нарушения сексуальной сферы)

-Заболевания ЖКТ (хронические гастриты, язвенная болезнь и др.)

-Расстройства микроциркуляции (застой, тканевая гипоксия)

-Иммунодефицитные состояния

-Алиментарные погрешности (избыточные количества углеводов, жиров, солей)

-Прием некоторых лекарств (бромиды, йодиды, кортикостероиды)

-Пребывание в условиях запыленности, высокой и низкой температуры, контакт с химикатами

5. Глубина залегания элементов

-Формирование ретенционных кист

-Наличие воспаления и его выраженность

-Массивность инфильтрата

-Наличие или отсутствие пустулизации

-Особенности рубцевания

-Наличие гиперергического компонента воспаления

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Провести пробу с папиросной бумагой при жирной себорее.
2. Определять дермографизм, тургор и эластичность кожи.
3. Составить алгоритм обследования и лечения больных

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Клинико-морфологические проявления угревой болезни.
2. Алгоритм лечения больных угревой болезнью.
3. Дерматокосметологическое лечение угревой болезни.

### 13.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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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.	Акне: учеб. пособие для врачей.	Дэнби Ф.У.;	М.: ГЭОТАР-		

		Пер. с англ.; Под ред. В.И. Альбановой	Медиа		
8.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева,  Т.А. Яковлева,  А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

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 №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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 3. Значение темы.

Знание клинических особенностей наследственных дерматозов необходимо дерматологам в связи с трудностью дифференциальной диагностики при этих заболеваниях.

#### 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

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры.

**5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия, гистологические препараты.

**6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащённость
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней

			в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

### 7. Аннотация (краткое содержание 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 – Бурневила 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
- Хондрэктодермальная 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.
  - Х-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

#### **Врожденный буллезный эпидермолиз.**

По современным представлениям, буллезный эпидермолиз – группа пузырных наследственных кожных заболеваний, включающая в себя более 20 дерматозов. Так как вопрос о самостоятельности многих из них до настоящего времени не решен, эти дерматозы принято называть формами наследственного буллезного эпидермолиза.

Этиология всех форм буллезного эпидермолиза (БЭ) определяется многочисленными генными мутациями в различных хромосомах. Причем эта группа заболеваний генетически неоднородна: часть из них наследуется аугосомно-доминантно, часть – аугосомно-рецессивно.

Патогенез буллезного эпидермолиза изучен недостаточно. При всех формах заболевания имеются генетически предопределенные структурные нарушения на уровне базальной мембраны. При ряде форм БЭ известны некоторые ферментные нарушения в эпидермисе. Клинически общим для всех форм БЭ является раннее проявление заболевания, чаще при рождении или с первых дней жизни, возникновение пузырей и эрозий на коже и слизистых оболочках в результате незначительной механической травмы или гиперемии. Наличие или отсутствие рубцов после заживления дает основание для разделения всех клинических форм БЭ на дистрофические и простые.

Патоморфология. На основании современных данных, полученных с помощью электронной микроскопии, все формы БЭ можно разделить на три основные группы: простой, пограничный и дистрофический буллезный эпидермолиз .

При простых формах БЭ образование пузырей в покровном эпителии происходит в результате цитолиза базальных эпителиоцитов, что выявляется на электронограммах в виде резко выраженного отека их цитоплазмы с разрывом клеточной оболочки.

Покрышкой пузыря является весь отслоившийся эпидермис, дном – неповрежденная базальная мембрана.

При *пограничных формах БЭ* образование пузыря происходит на уровне светлой пластинки базальной мембраны и обусловлено врожденной неполноценностью полудесмосом базальных эпителиоцитов и крепящих тонофиламентов. Дно пузыря составляет плотная пластинка базальной мембраны.

При *дистрофических формах БЭ* образование пузыря происходит на границе базальной мембраны и дермы, связано с неполноценностью крепящих («якорных») фибрилл – структур, соединяющих базальную мембрану с дермой. Таким образом, дном пузыря является дерма (дермолитический пузырь), что впоследствии приводит к формированию рубцов.

### ПРОСТОЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ

Этиология и патогенез. Болезнь наследуется аутосомно-доминантно. Высказывается предположение, что генные мутации могут располагаться в 1, 8 и 16-й хромосомах. В настоящее время не обнаружено ассоциации заболевания с антигенами тканевой совместимости системы HLA. Патогенез мало изучен. Некоторые авторы высказывают предположение об участии в развитии пузырей SH-протеазы. Морфологически выявляется дефект и агрегация тонофиламентов базальных эпителиоцитов, вследствие чего нарушается цитоскелет клеток, что приводит к их разъединению.

Клинически выделяют три основные формы простого БЭ.

#### *L Простой генерализованный буллезный эпидермолиз*

Клиническая картина. Болезнь проявляется с рождения или в первый месяц жизни. Первые пузыри возникают на стопах, затем – на кистях, в последующем на местах трения подгузниками, одеждой.

Склонность к образованию пузырей особенно четко выявляется, когда ребенок начинает ползать и ходить. На местах давления и максимальной травматизации (локти, колени, кисти, стопы, поясница) образуются пузыри и эрозии, причем их возникновение наблюдается через 20–30 мин после механического раздражения кожи. Пузыри имеют полушаровидную форму, плотную упругую покрышку (субэпидермальное залегание), серозное или серозно-геморрагическое содержимое. Вокруг пузыря быстро возникает кольцо гиперемии. Субъективно появление пузыря сопровождается жжением, болью, особенно интенсивной в первые часы после его образования. Опорожнение пузыря приносит больному облегчение и предотвращает увеличение его площади. Заживление происходит быстро, в течение нескольких дней. В этот период больной может жаловаться на зуд. После эпителизации эрозий могут оставаться временное шелушение и пигментация. Рубцов, как правило, не наблюдается. После повторной травматизации на прежних местах могут возникать рецидивы пузырей. Слизистая оболочка рта поражается редко (не более 2-3% больных). Для всех больных этой формой БЭ характерен гипергидроз ладоней и подошв. У детей ногти не поражаются. С возрастом может наблюдаться постепенное изменение ногтевых пластинок (искривление, утолщение, помутнение) и формирование ладонно-подошвенного кератоза. В период полового созревания заболевание имеет тенденцию к значительному улучшению.

Патоморфология. При окраске гематоксилин-эозином пузыри располагаются над базальной мембраной (субэпителиально).

Покрышкой пузыря является весь эпидермис, дном – неповрежденная базальная мембрана с обрывками цитоплазмы базальных клеток. Выражен дискератоз базальных клеток. В дерме – слабовыраженный воспалительный инфильтрат.

### *2. Поздняя форма простого буллезного эпидермолиза*

В литературе выделяют особую клиническую разновидность простого БЭ: позднюю (Weber–Coskaune), или локализованную, летнюю форму (Л. Н. Машкиллейсон). Эта форма протекает более мягко, в ограниченных зонах (в основном на ладонях и подошвах). Может впервые проявиться у взрослых пациентов преимущественно в летнее время или после горячей ванны. Пузыри возникают на слегка гиперемированном основании, быстро вскрываются с образованием эрозий, которые в дальнейшем эпителизируются бесследно. Описаны редкие случаи образования на месте высыпаний келоидоподобных рубцов. В литературе имеются сведения о начале заболевания с распространенных высыпаний, которые постепенно становились локализованными. Это может свидетельствовать о генетической общности генерализованного и локализованного простого БЭ.

Патоморфология поздней формы доброкачественного БЭ сходна с таковой при генерализованной форме. Многие авторы сообщают о нахождении пузырей не только под эпидермисом, но и на уровне зернистого слоя. По всей видимости, это – результат рецидива пузырей на местах ранее существовавших высыпаний.

### *3. Простой герпетиформный буллезный эпидермолиз*

Герпетиформный вариант простого БЭ (форма Dowling C, Meaga R., 1954) обычно начинается сразу после рождения. Первые высыпания располагаются на кистях и стопах, затем происходит их быстрое распространение на туловище, что может сопровождаться нарушением общего состояния ребенка (потеря аппетита, беспокойство, нарушение сна, подъем температуры тела). Высыпания представлены крупными, герпетиформно расположенными пузырями с серозным или серозно-геморрагическим содержимым, которые появляются на гиперемированной коже и сопровождаются зудом.

Клиническая картина заболевания напоминает проявления герпетиформного дерматоза Дюринга у детей. Пузыри быстро вскрываются, очаги сливных эрозий могут занимать обширные площади, сопровождаются выделением обильного экссудата, что, в свою очередь, может привести к обезвоживанию ребенка, а также к инфицированию эрозий. К 3-6-месячному возрасту пузырьные высыпания приобретают кольцевидные, дугообразные, фестончатые очертания, в центре которых располагается зона пигментации. Сохраняется клиническое сходство с проявлениями дерматоза Дюринга у детей. Локализация очагов может быть любая, но наиболее часто пузыри высыпают на кистях, стопах, голених, ягодицах. Прогрессирование заболевания наблюдается от нескольких месяцев до года, после чего наступает постепенное улучшение: уменьшаются площади поражения кожи, рецидивы становятся более редкими, нормализуется общее состояние. С 2-3-летнего возраста формируется отчетливая летняя сезонность заболевания. В пубертатном периоде высыпания могут вообще не проявляться, сохраняется гиперкератоз стоп и дистрофия ногтей. У большинства больных отмечается аномалия расположения зубов, дефекты зубной эмали, множественный кариес. Рост и общее физиологическое развитие не нарушаются.

Патоморфологически выявляется субэпителиальный пузырь, дно которого составляет непораженная базальная мембрана с обрывками цитоплазмы базальных клеток;

покрышкой является весь эпидермис (т. е. пузырь развивается вследствие цитолиза базальных клеток). Отличительной особенностью герпетиформного варианта простого БЭ является наличие эозинофильных инфильтратов в дерме под пузырем и обилие эозинофильных гранулоцитов в полости пузыря. Это придает гистологической картине большое сходство с таковой при герпетиформном дерматозе Дюринга.

Для разграничения этих заболеваний прибегают к *иммунофлюоресцентно-му* исследованию: при дерматозе Дюринга отмечается отложение IgA и C<sub>3</sub>-фракции комплемента в области базальной мембраны; при герпетиформном варианте простого БЭ – РИФ отрицательна.

Подтвердить буллезный эпидермолиз можно с помощью *электронно-микроскопического* исследования. Оно выявляет флоккуляцию тонофиламентов, разрушение полудесмосом базальных клеток эпидермиса, частичный цитолиз и выраженный дискератоз базальных эпидермоцитов.

#### ГРУППА ПОГРАНИЧНОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

Неоднородная группа генетически предопределенных буллезных заболеваний, наследуемых аутосомно-рецессивно и имеющих сходный патогенез.

Патогенез: образование пузыря происходит на уровне светлой пластинки базальной мембраны и обусловлено врожденной неполноценностью полудесмосом базальных эпителиоцитов и крепящих тонофиламентов. Происходит частичный лизис светлой пластинки базальной мембраны.

Клинически выделяют несколько форм пограничного буллезного эпидермолиза.

##### *Летальный генерализованный буллезный эпидермолиз*

Летальный генерализованный буллезный эпидермолиз – самая тяжелая форма, описана G. Herlitz (1935), Heinrichbauer (1938) и A. Touraine (1942). Чаше наблюдается у мальчиков. В большинстве случаев заболевание развивается с самого рождения. Высыпания в виде вялых, легко эрозирующихся пузырей сразу становятся генерализованными. Резко выражен симптом Никольского. Обширные эрозии долго не эпителизируются, на них могут появляться грануляции. Общее состояние ребенка тяжелое, наблюдается нарастающая анемия. В результате обширных эрозивных поверхностей обычно развивается обезвоживание, водно-электролитные нарушения, присоединяется дерматогенный сепсис. Рецидивы высыпаний могут быть на прежних местах, что приводит к атрофическим изменениям кожи. Помимо поражений кожи, пузыри образуются на слизистой оболочке, где очень быстро эрозируются. Подобные поражения могут быть на слизистой оболочке глотки, гортани, пищевода, желудка, кишечника, в желчном пузыре, уретре. Наблюдается дистрофия ногтей и зубов. Прогноз пессимистичен: дети умирают вскоре после рождения, выживают лишь некоторые.

Патоморфологически определяются субэпидермальные пузыри и незначительная воспалительная инфильтрация в дерме.

Электронно-микроскопически выявляется разрушение светлой пластинки базальной мембраны, отсутствие полудесмосом базальных клеток и крепящих тонофиламентов. Дно пузыря составляет плотная пластинка базальной мембраны.

Начало заболевания сходно с летальной формой генерализованного БЭ. Своеобразие доброкачественного варианта заключается прежде всего в улучшении кожного процесса с возрастом, более выраженными атрофическими изменениями кожи и

слизистых оболочек (атрофическая алопеция на голове, лобке, подмышечных впадинах), замедленным ростом ребенка.

Заболевание протекает легче, чем летальная форма, редко наблюдается анемия. Помимо слизистой оболочки рта, редко поражаются другие слизистые оболочки. Для этой формы характерны дистрофия ногтей вплоть до их отсутствия, гипоплазия зубной эмали, ранний кариес. У большинства больных резко выражен ладонно-подошвенный кератоз. Прогноз более благоприятен. Эта форма позволяет доживать до взрослого состояния. Патоморфологическая картина – как при летальной форме.

*Инверсный атрофический пограничный буллезный эпидермолиз (Gedde-Dahl T., 1971)*

Заболевание начинается в неонатальном периоде с генерализованных пузырных высыпаний, клинически напоминающих пиодермиту. Наиболее тяжело поражаются необычные для БЭ локализации: шея, подмышечные складки, паховая и перианальная зоны. К 3-5-месячному возрасту наблюдается самопроизвольная ремиссия. В дальнейшем рецидивы заболевания отмечаются в области крупных складок. После вскрытия пузырей остаются длительно незаживающие эрозии, постепенно на их месте формируется атрофия, но без эпидермальных кист.

Для этой формы заболевания считается характерным развитие в школьном возрасте белых атрофических полос, располагающихся в складках, на боковых поверхностях туловища, в проксимальных отделах конечностей. Они могут клинически напоминать альбопапuloидные элементы при дистрофическом БЭ (Pasini, 1928). Часто наблюдаются эрозии роговицы, развивающиеся в позднем детском и юношеском возрасте. Поражается слизистая оболочка рта, гортани, редко – пищевода. Возможно развитие пузырей на слизистой оболочке прямой кишки и на коже перианальной зоны. Развитие рубцовой атрофии в орифициальных зонах может приводить к стриктурам. Как и у больных другими формами БЭ, выражена дистрофия ногтей, зубов. Прогноз благоприятен.

*Прогрессирующий атрофический пограничный буллезный эпидермолиз (Gedde-Dahl T., 1971, 1978)*

Особенностью этой формы является сочетание пограничного атрофического эпидермолиза с частичной врожденной глухотой, связанных с генетическим сцеплением двух патологических генов, передающихся аутосомно-рецессивно. Заболевание протекает относительно доброкачественно, больные доживают до преклонного возраста. На месте бывших в детстве буллезных высыпаний формируются обширные зоны рубцовой атрофии, рецидивы высыпаний на кончиках пальцев приводят к исчезновению дерматоглифики и онихолизису. Описана характерная особенность течения заболевания у взрослых: рецидивы пузырей возникают преимущественно на слизистой оболочке языка, что в дальнейшем приводит к атрофии сосочков языка.

*Локализованный атрофический пограничный буллезный эпидермолиз (Schnyder U., Anton-Lamprecht I., 1979)*

Самая легкая по течению форма пограничного БЭ. Клинически проявляется дистрофией ногтей и гипоплазией зубной эмали, существующими с рождения. Пузырные высыпания развиваются впервые в раннем школьном возрасте. Они локализуются чаще на голених и стопах, провоцируются травмой, гипертермией. Отчетливо выявляется летняя сезонность. Описанные клинические особенности позволяют говорить о некотором сходстве этой формы с поздним ограниченным

вариантом простого буллезного эпидермолиза (форма Вебера-Кокаина). Отличием локализованного атрофического пограничного БЭ являются длительно не заживающие эрозии на месте пузырей, исходом которых является рубцовая атрофия. Патоморфология идентична другим формам пограничного БЭ.

*Рубцующий пограничный буллезный эпидермолиз.*

В 1985 году R. M. Haber и соавт. описали трех больных буллезным эпидермолизом, у которых заживление пузырей сопровождалось рубцеванием, сращением и контрактурой пальцев, сужением носовых ходов. Клинически эти больные рассматривались как страдающие дистрофическим БЭ. Однако при электронномикроскопическом исследовании было обнаружено образование пузырей в зоне светлой пластинки базальной мембраны. Кроме этого, наблюдался разрыв нижних слоев базальной мембраны. В дерме в зоне пузыря отмечалась высокая активность фибробластов и активное образование коллагена.

### ГРУППА ДИСТРОФИЧЕСКОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

Дистрофический буллезный эпидермолиз представляет также неоднородную группу генетически предопределенных врожденных буллезных заболеваний, часть из которых наследуется аутосомно-доминантно, часть – аутосомно-рецессивно.

Патогенез. При аутосомно-доминантных формах наблюдается неполноценное строение крепящих («якорных») фибрилл – структур, соединяющих базальную мембрану с дермой. При аутосомно-рецессивных формах наблюдается врожденная дисплазия как крепящих фибрилл, так и коллагеновых волокон верхней части дермы. Именно у этой группы больных в дерме обнаружено избыточное количество структурно-измененной коллагеназы.

Патоморфология всех форм дистрофического буллезного эпидермолиза сходна. Пузыри располагаются субэпидермально под базальной мембраной, которая отслаивается от дермы вместе с эпидермисом и составляет покрывку пузыря («дермолитический» пузырь). В дерме под пузырем выражен отек, гомогенизация коллагеновых волокон. Эластические волокна также отечны, местами дезорганизованы как в зоне пузыря, так и на видимо здоровых участках кожи.

Клиническая картина

Формы дистрофического БЭ, наследуемые аутосомно-доминантно:

1. Атрофический вариант доминантного дистрофического БЭ.
2. Гиперпластический вариант доминантного дистрофического БЭ.
3. Альбопапулоидный вариант доминантного дистрофического БЭ.

*1. Атрофический вариант доминантного дистрофического БЭ*

Заболевание начинается с рождения. В первые месяцы жизни развивается генерализованное поражение кожи, в дальнейшем пузыри возникают на наиболее травмируемых участках: кистях, стопах, коленях, локтях, шее, пояснице. Пузыри напряженные, содержимое серозное или серозно-геморрагическое. При их вскрытии образуются эрозии, которые медленно заживают с образованием атрофических рубцов с четкой границей, на поверхности рубцов наблюдаются милиумоподобные эпидермальные кисты. Слизистые оболочки, как правило, не поражаются. Ногтевые пластинки изменены у всех больных, в редких случаях ногти отсутствуют, чаще они дистрофичны.

Умственное развитие детей не страдает, хотя физически они могут отставать от сверстников. С возрастом пузыри появляются все реже и у взрослых о наличии болезни

могут напоминать только дистрофия ногтей и атрофические рубцы на локтях, голенях, коленях, в области лодыжек и пр.

2. *Гиперпластический вариант доминантного дистрофического БЭ* (форма Coscaune–Той raine, 1942)

Заболевание начинается с момента рождения или с первых месяцев жизни ребенка. Проявляется необильными пузырями в наиболее травмируемых зонах кожи, а также на слизистых оболочках. На местах регресса пузырей образуются гипертрофические и келоидные рубцы, бородавчатые гиперкератозы. Часто и тяжело поражаются слизистые оболочки. Буллезные высыпания приводят к формированию вторичных Рубцовых стенозов глотки, гортани, пищевода, помутнению роговицы, симблефарону.

3. *Альбонапулоидный вариант доминантного дистрофического БЭ* (форма Pasini, 1928)

Заболевание начинается в раннем детстве и протекает как атрофический вариант доминантного дистрофического БЭ. По достижении ребенком 8–10-летнего возраста на туловище или конечностях появляются округлые, белые, выступающие над уровнем кожи плотные уртикоподобные рубцы размером не более 1-2 см. Они образуются как на местах ранее имевшихся пузырей, так и на видимо непораженной коже. Эти характерные элементы могут быть единичными или множественными, изолированными или группированными. С возрастом новых буллезных высыпаний обычно не наблюдается. Общее состояние больных, как правило, не страдает, прогноз для жизни благоприятный.

Формы дистрофического буллезного эпидермолиза, наследуемые аутосомно-рецессивно:

1. Эпидермолиз буллезный дистрофический генерализованный мутилирующий (форма Hallopeau–Siemens).

2. Эпидермолиз буллезный дистрофический генерализованный немутилирующий.

3. Эпидермолиз буллезный дистрофический локализованный, инверсный (*форма Gedde-Dahl*).

По мнению Gedde-Dahl (1971), локализованный или генерализованный вариант заболевания представляет собой следствие различных мутаций одного генного локуса.

*Эпидермолиз буллезный дистрофический генерализованный мутилирующий* (Hallopeau–Siemens)

Самая тяжелая форма дистрофического БЭ, наследуемого аутосомно-рецессивно. Заболевание может приводить к смерти больного в раннем возрасте. Заболевание проявляется с первых минут жизни ребенка, уже в момент рождения могут эрозироваться значительные участки кожи младенца. В первые дни жизни происходит распространение высыпаний, причем пузыри возникают в результате легких травм кожи, давления, трения, но могут возникать и спонтанно. Быстро эрозируясь, высыпания распространяются. Выражен симптом Никольского. Заживление происходит медленно с образованием атрофических рубцов. В сохраненных зонах кожи могут рецидивировать пузыри, которые также разрешаются рубцом.

Обширное рубцевание кожи в области локтевых сгибов, на кистях и стопах может постепенно приводить к развитию контрактур, синдактилии, мутиляций конечных



фаланг. Ногтевые пластинки отсутствуют с рождения или постепенно утрачиваются в результате образования подногтевых пузырей.

Рубцовая атрофия кожи волосистой части головы сопровождается диффузной разреженностью волос и их дистрофией. У всех больных поражены зубы: преобладает кариес, множественные дефекты зубной эмали, аномалии расположения зубов. Примерно у 20% больных отмечается поражение слизистых оболочек рта, пищевода, прямой кишки, где также могут возникать пузыри с геморрагическим содержимым. Пузыри эрозируются, заживление происходит медленно с образованием атрофических рубцов. Процесс рубцевания во рту приводит к ограничению подвижности языка, атрофии его сосочков, микростомии. Аналогичное поражение пищевода приводит к его сужению, нарушению проходимости пищи; в прямой кишке – к запорам, лентовидному калу, резким болям при дефекации. Поражение слизистой оболочки глаз часто наблюдается в детском возрасте, что клинически проявляется жжением, болями при попытке открыть глаза. Рубцевание эрозий на конъюнктиве может приводить к симблефарону.

Общее состояние больных характеризуется слабостью, быстрой утомляемостью, длительными периодами субфебрилитета. Постоянные болезненные ощущения приводят к ограничению подвижности больных, мутиляции и контрактуры – к инвалидизации, замедлению психомоторного и физического развития, социальной дезадаптации. У большинства больных выражена гипохромная анемия. Среди причин смерти в первый год жизни наиболее частыми являются асфиксия покрышками пузырей, аспирационная пневмония, дерматогенный сепсис; в возрасте старше 30 лет – злокачественные опухоли кожи и системный амилоидоз. С возрастом способность к заживлению эрозивно-язвенных поражений кожи снижается, некоторые очаги не заживают в течение нескольких месяцев и даже лет, могут вегетировать. На длительно незаживающих дефектах, а также на рубцах в некоторых случаях может возникать плоскоклеточный рак.

*Эпидермолиз буллезный дистрофический генерализованный немутилирующий.*

Заболевание сходно по клинической картине с предыдущей формой. Отличием является более легкое течение, отсутствие поражения слизистых оболочек, некоторое облегчение течения заболевания в старшем возрасте (редкие и все более легкие рецидивы высыпаний, рубцевание, как правило, не приводит к мутиляциям).

*Эпидермолиз буллезный дистрофический локализованный (Gedde-Dahl).*

При этой форме БЭ начало заболевания также в первые дни жизни ребенка: Появляются пузыри с серозно-геморрагическим содержимым, которые располагаются относительно локализованно в местах максимального трения и давления кожи (кисти, стопы, локти, колени). В зоне пузырей, особенно рецидивирующих в прежних местах поражений, развивается атрофия, милиумоподобные кисты, но эти изменения менее выражены, чем при генерализованном варианте. На ладонях и подошвах возможен ограниченный кератоз. Часто встречается дистрофия ногтей. Зубы, как правило, не поражаются. Из слизистых оболочек в основном страдает слизистая оболочка ротовой полости, но поражения протекают легко.

Инверсный вариант заболевания характеризуется локализованными высыпаниями в складках кожи, исходом является легкая атрофия, не сопровождающаяся, как правило, синдактилиями, контрактурами. Однако поражение слизистых оболочек может быть более тяжелое, чем при форме Аллопо-Сименса, из-за выраженного рубцевания,

приводящего уже в раннем детстве к укорочению языка, функциональной микростомии, а в более позднем возрасте – к стриктурам пищевода. В раннем детском возрасте прогноз проблематичен из-за возможных осложнений. Во взрослом состоянии течение болезни облегчается, наступают длительные ремиссии.

**Дифференциальный диагноз.** У детей наследственный буллезный эпидермолиз следует дифференцировать от врожденной буллезной ихтиозиформной эритродермии, эпидемического стафилококкового пемфигоида, сифилитического пемфигоида новорожденных, энтеропатического акродерматита, от врожденной эритропоэтической порфирии, недержания пигмента.

*Врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия* – наследственное заболевание, передающееся как аутосомно-рецессивно, так и аутосомно-доминантно. Проявляется при рождении или в первые недели жизни ребенка в виде универсальной эритемы, выраженного ихтиозиформного гиперкератоза. Буллезные высыпания возникают на коже туловища и проксимальных отделах конечностей без связи с механическим раздражением. Симптом Никольского отрицателен. Рубцевания не наблюдается. Относительно часто встречается ладонно-подошвенный кератоз. Слизистые оболочки не страдают. Как правило, нарушается общее состояние ребенка: вялость, слабость, плохой аппетит, повышение температуры тела.

Гистологически буллезная форма ихтиозиформной эритродермии характеризуется внутриэпидермальными акантолитическими пузырями и дискератозом, что очень напоминает доброкачественную семейную пузырчатку Гужеро-Хейли–Хейли.

*Эпидемический стафилококковый пемфигоид новорожденных* вызывается патогенными стафилококками, поражает детей первых недель жизни. Проявляется остро возникающими пузырями на эритематозном основании, локализующимися преимущественно в складках кожи, но при прогрессировании заболевания могут поражаться все участки кожи. Содержимое пузырей серозно-гнойное. Слабо выражен краевой симптом Никольского. Общее состояние тяжелое за счет интоксикации, повышения температуры тела, нарастает анорексия, падение веса ребенка. Наиболее тяжелой формой этого состояния является эксфолиативный дерматит, впервые описанный Риттером фон Риттерсхайном в 1878 году. В настоящее время считается, что этот стафилококковый процесс может поражать кожу новорожденных детей и детей раннего детского возраста. В западной литературе его называют *Staphylococcal Scalden Skin Syndrom (SSSS)*. На коже появляется сливная эритема с гигантскими вялыми пузырями с незначительным серозным содержимым. Пузыри быстро эрозируются, оставляя обширные поверхностные эрозии с обрывками эпителия по краям. Симптом Никольского резко выражен. Клиническая картина может напоминать токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла). Наиболее важным дифференциальным критерием является гистологическое исследование: при SSSS пузыри образуются под роговым слоем, тогда как при синдроме Лайелла – на уровне базального слоя эпидермиса, при буллезном эпидермолизе – на различных уровнях базальной мембраны без воспалительного инфильтрата в дерме.

При *сифилитическом пемфигоиде новорожденных* пузыри располагаются преимущественно на ладонях и подошвах, не связаны с травмой кожи. В их серозном содержимом можно обнаружить бледную трепонему. В клинической картине

присутствуют другие признаки раннего врожденного сифилиса. У матери и ребенка положительны серологические реакции на сифилис.

*Энтеропатический акродерматит* – относительно редкое системное заболевание, наследуемое по аутосомно-рецессивному типу. Развивается преимущественно у детей грудного и раннего детского возраста, а иногда и у взрослых вследствие дефицита цинка в организме за счет нарушения его всасывания в желудочно-кишечном тракте. Обнаружена генетическая связь заболевания с HLA-28. Предполагается X-сцепленное наследование. В последние годы у больных ЭА обнаружены иммунные сдвиги (дефицит IgA, IgG, снижение хемотаксиса и фагоцитирующей активности лейкоцитов). Основными симптомами являются кожные высыпания, алоpecia и диарея. Сыпь полиморфна, может располагаться по всему кожному покрову, но наиболее характерным является первоначальное появление сыпи периорифициально (вокруг рта, носа, глаз, перианально), на локтях и стопах, затем – в области коленных и локтевых суставов, в крупных складках, на ягодицах. Вначале возникают эритематозные, везикуло-пустулезные или буллезные высыпания, которые сливаются в обширные очаги поражения, эрозируются, мокнут, затем могут покрываться серозно-гнойными корками. Постепенно острые экссудативные процессы сменяются подострым воспалением, очаги инфильтрируются, покрываются слоистыми корко-чешуйками, клинически могут напоминать псориаз. В большинстве случаев у больных выражен блефарит, конъюнктивит, стоматит. Характерны дистрофии ногтей и волос, выпадение волос на голове, бровях, ресницах вплоть до тотального облысения. Обычно у этих больных резко выражена диарея, которая может приводить к истощению. Для подтверждения диагноза определяют содержание цинка в сыворотке крови ( $N = 13,8-23,0$  ммоль/л), показатели которого при энтеропатическом акродерматите резко снижены. Диагноз также подтверждают гистологически: в эпидермисе обнаруживают межклеточный отек, супрабазальные полости. В дерме – отек, периваскулярные гистиоцитарные инфильтраты в верхней ее части.

*Врожденная эритропоэтическая порфирия* – редкое аутосомно-рецессивное заболевание, приводящее к нарушению обмена порфирина. Уропорфирин-1 накапливается в костном мозге, эритроцитах, плазме, коже, зубах, что приводит к развитию анемии, фотосенсибилизации кожи, эритродонтии. В моче обнаруживают большое количество уропорфирина-1, в кале – копропорфирина-1. Основной клинический признак заболевания – резкое повышение чувствительности кожи к солнечным лучам (УФО-спектру). Максимально страдают открытые инсолируемые участки тела, где развивается эритема, везикуло-буллезные сыпи, иногда с геморрагическим содержанием. При их вскрытии образуются глубокие эрозии и язвы, приводящие к рубцеванию, дисхромии, телеангиэктазиям, милиумоподобным кистам. При повторных инсоляциях на прежних местах возникают рецидивы высыпаний, постепенно приводящие к тяжелым рубцовым осложнениям, вплоть до мутиляций. У больных наблюдается красноватое окрашивание зубов, темно-красный цвет мочи. Гистологически характерно образование субэпидермальных пузырей, небольшая воспалительная инфильтрация в дерме.

*Недержание пигмента* – редкая врожденная экто- и мезодермальная дисплазия, наблюдающаяся в основном у девочек (97%), изредка – семейная. В своем развитии заболевание претерпевает ряд переходных состояний, проявляющихся различными высыпаниями – от эритемы, везикуло-буллезных элементов, гиперкератоза с веррукозными разрастаниями до пигментации, напоминающей брызги грязи. Мелкие внутриэпидермальные пузыри могут существовать несколько недель, прежде чем появится типичная картина недержания пигмента. Общее состояние не нарушается. В периферической крови и пузырях отмечается высокая эозинофилия. Поражение кожи нередко сочетается с различными аномалиями развития органа зрения, ЦНС, костей. У взрослых наследственный буллезный эпидермолиз необходимо дифференцировать от приобретенного буллезного эпидермолиза, обычной акантолитической пузырчатки, пемфигоидов, герпетиформного дерматоза Дюринга, синдрома Лайелла, буллезного варианта многоформной экссувативной эритемы, буллезной формы мастоцитоза.

*Приобретенный буллезный эпидермолиз* представляет собой относительно редкое аутоиммунное заболевание неясной этиологии (может быть паранеопластическим синдромом), приводящее к выраженным рубцам на коже и слизистых оболочках. Патогенетически заболевание связано с отложением в зоне базальной мембраны IgG и C<sub>3</sub>-фракции комплемента и наличием циркулирующих в крови IgG-антител к проколлагену 7-го типа, содержащемуся в плотной пластинке базальной мембраны. Заболевание сходно по локализации и клиническим проявлениям с дистрофическим буллезным эпидермолизом и с буллезным пемфигоидом. Но оно не является наследственным, поражает только взрослых людей. Обычная (акантолитическая) пузырчатка не встречается в детском возрасте. Для дифференциальной диагностики проводят цитологическое, гистологическое и иммунофлюоресцентное исследование.

*Пемфигоиды (буллезный и рубцующий)*, как и обычная пузырчатка, встречаются преимущественно в зрелом и пожилом возрасте. Пузыри не провоцируются травмой. Диагноз подтверждается иммунофлюоресцентным методом (отложение IgG в области базальной мембраны).

*Герпетиформный дерматоз Дюринга* отличается от большинства форм наследственного буллезного эпидермолиза наличием выраженного зуда и полиморфизмом высыпаний, но может иметь клиническое и гистологическое сходство с герпетиформным вариантом простого доброкачественного буллезного эпидермолиза. При дифференциальной диагностике этих патологий следует учитывать роль травмы в появлении пузырей при буллезном эпидермолизе, часто встречающиеся гиперкератоз и гипергидроз ладоней и подошв, отсутствие иммунных феноменов, свойственных герпетиформному дерматозу Дюринга (отложение IgA в области базальной мембраны).

*Синдром Лайелла* – приобретенное, а не врожденное заболевание, представляющее собой особую наиболее тяжелую форму токсикодермии (чаще медикаментозной), которая начинается остро и протекает тяжело с высокой лихорадкой. На коже доминирует сливная эритема и отслойка всего некротизированного эпидермиса на гигантских площадях кожи. Аналогичному поражению могут подвергаться слизистые

оболочки. В крови выражен лейкоцитоз с лимфопенией, отсутствуют эозинофилы; как правило, наблюдаются тяжелые водно-электролитные нарушения.

Дифференциальная диагностика врожденного буллезного эпидермолиза и тяжелой формы *полиморфной экссудативной эритемы* (синдром Стивенса-Джонсона) не представляет трудности, так как этот синдром характеризуется бурным началом с выраженной интоксикацией, высокой лихорадкой, преобладанием в клинической картине тяжелых буллезных поражений слизистой оболочки рта, гениталий, носа и кожных покровов. Появление пузырей не связано с травмой, они возникают на месте двухконтурных синюшных отечных пятен и папул. Заболевание имеет инфекционно-аллергический патогенез, связано с герпетической, стрептококковой и другими видами инфекций, а также введением некоторых лекарственных препаратов (сульфаниламидов, антибиотиков, анальгетиков и пр.).

Буллезная форма *мастоцитоза* – чрезвычайно редкая форма пигментной крапивницы. Даже при наличии характерных высыпаний (пигментные пятна, папулы) и положительной «эректильной» пробы (пробы Унна) присутствие пузырей требует гистологического подтверждения диагноза (специальная окраска на тканевые базофилы – тучные клетки).

*Лечение больных буллезным эпидермолизом.*

Учитывая наследственный характер заболевания, существование его в течение всей жизни больного, активная терапия применяется короткими курсами во время обострений и возникновения осложнений, а затем сменяется более длительным назначением общеукрепляющих и симптоматических средств.

*Основными задачами лечения являются:*

- предупреждение травматизации кожи (рациональный уход, гигиена кожи, правильная профессиональная ориентация) и слизистых оболочек (полноценное питание, богатое растительной клетчаткой, хорошо измельченная и мягкая пища);
- повышение резистентности кожи к травматическим воздействиям;
- ускорение заживления имеющихся высыпаний;
- профилактика и лечение вторичного инфицирования;
- предупреждение и лечение тяжелых осложнений, связанных с рубцеванием.

*Патогенетическая терапия.* Известно, что в коже больных дистрофическим буллезным эпидермолизом с аутосомно-рецессивным типом наследования вырабатывается избыточное количество структурно измененной коллагеназы. В связи с этим патогенетически обосновано применение препаратов, ингибирующих выработку или активность коллагеназы. К ним относятся дифенин (фенитоин), эритромицин, большие дозы витамина Е и ретиноиды.

*Дифенин* назначают внутрь по 0,1 дважды в день из расчета 3,5 мг/кг массы тела в сутки для взрослых и 8 мг/кг в сутки для детей. В течение первых трех дней назначают 1/3 суточной дозы, с 4-го по 6-й день – 2/3, с 7-го дня – полную суточную дозу препарата. При необходимости отмены дифенина снижение его дозы проводят в обратном порядке. Положительный эффект в виде уменьшения количества пузырей, ускорения эпителизации эрозий, повышения резистентности кожи к травматическим воздействиям отмечается через 3-4 недели. При лечении дифенином возможны

побочные эффекты в виде головокружения, возбуждения, тошноты, рвоты, тремора конечностей, лимфаденопатии, гиперплазии десен.

*Эритромицин* назначают внутрь в обычной, соответствующей возрасту дозе в течение 10-14 дней. Учитывая бактериостатическое действие антибиотика, его лучше назначать, когда множественные пузырьные высыпания на коже сопровождаются инфицированием.

*Токоферола ацетат* (витамин Е) выпускают в капсулах и в форме масляного раствора 5%, 10% и 30% (по 50, 100 и 300 мг/мл). При буллезном эпидермолизе этот препарат оказывает положительное действие только при назначении его в высоких дозах, превышающих 1500 мг в сутки. Детям назначают 1/2-1/3 этой дозы (т. е. по 500-750 мг/сут). Курс лечения составляет 20-40 дней, препарат назначают равными частями утром и вечером во время или после еды. Детям старшего возраста без нарушения глотания и взрослым витамин Е назначают в капсулах для перорального приема, в других случаях – в каплях. Несмотря на высокие дозы, препарат хорошо переносится и не дает побочных эффектов.

*Ретиноиды.* Применяют неотиказон (производное ацетритина). Помимо антиколлагеназного действия, эта группа средств обладает способностью ускорять эпителизацию. В связи с этим они эффективны у больных, имеющих обширные эрозивные зоны поражения, но не осложненные вторичной инфекцией. Препарат назначают в капсулах по 10 и 25 мг. Суточная доза – 1 мг/кг массы тела (равными частями 3 раза в день во время еды). При выраженном положительном клиническом эффекте лечения (обычно через 6-7 дней) эту дозу сохраняют в течение 2-3 недель, постепенно снижая до 0,3-0,5 мг/кг. Длительное применение неотиказона не рекомендуется, поскольку препарат обладает множеством побочных действий: эксфолиативный хейлит, сухость кожи и слизистых оболочек, выпадение волос, тяжелые биохимические нарушения печеночных клеток, у детей – замедление роста. Неотиказон эмбриотоксичен, поэтому противопоказан беременным женщинам. После окончания приема неотиказона беременность нежелательна в течение 6-12 месяцев.

Гораздо менее токсичными, но и менее действенными являются препараты витамина А. Ретинола пальмитат выпускают в капсулах по 100 000 ЕД и в масляном растворе по 100 000 МЕ/мл; ретинола ацетат – в капсулах по 3300, 5000 и 33 000 МЕ и в масляном растворе по 100 000 и 250 000 МЕ/мл. Оба препарата применяют в суточной дозе из расчета 5000 МЕ/кг массы тела. Курс лечения составляет 1,5-2 месяца. Препараты с антиколлагеназной активностью не всегда эффективны. Большинство из них не следует применять очень длительно. Более целесообразно проводить курсовое лечение (2-3 курса в год).

*Симптоматическая терапия.* Общая симптоматическая терапия включает применение антибиотиков широкого спектра действия (при вторичном инфицировании высыпаний), антигистаминных препаратов при выраженном зуде, анаболических и общеукрепляющих средств и ферментов при отставании в физическом развитии. При анемии лучший эффект дает переливание эритроцитарной массы, плазмы, альбумина, обязательное назначение препаратов железа и витамина В<sub>12</sub>, соответствующей диеты. В комплексной терапии необходимо назначение поливитаминных препаратов, содержащих микроэлементы, а также стимулирующих препаратов типа солкосерила или актовегина. При поражении слизистой оболочки рта после каждого приема пищи необходимо тщательное полоскание отварами ромашки, календулы, шалфея, коры

дуба, после чего нужно смазывать эрозивные зоны маслом шиповника, облепиховым маслом, каратолином, масляным раствором витамина А.

Применение общей и местной глюкокортикоидной терапии не желательно. Не препятствуя образованию пузырей, не способствуя заживлению эрозий, глюкокортикоиды способствуют развитию вторичных гнойных осложнений и усиливают формирование атрофических рубцов. С первых дней жизни ребенка должен быть создан режим минимального травмирования кожи: избегать использования синтетических подгузников, применять особо мягкие пеленки и одежду швами наружу. Замечено, что пузыри при врожденном буллезном эпидермолизе легче образуются на сухой, атрофичной коже со сниженным салоотделением. В связи с этим кожу нужно ежедневно искусственно ожиривать и гидратировать, чтобы она была более эластичной и более резистентной к механическим воздействиям. С этой целью используют жидкие эмульсионные кремы. Обработка пузырей должна сводиться к их опорожнению путем прокалывания иглой и аспирации содержимого медицинским шприцем или небольшого надрезания периферической зоны покрывки пузыря стерильными ножницами. Если содержимое пузыря не нагноилось, то срезать покрывку не следует, так как она является физиологической защитой эрозивно-язвенного дефекта и способствует более быстрому заживлению. Эрозивно-язвенные зоны на коже больного обрабатывают водными растворами анилиновых красителей, в дальнейшем целесообразно накладывать губочные раневые покрытия, обеспечивающие механическую защиту дна эрозий и язв. При инфицировании эрозий, после обработки антисептическими растворами можно накладывать повязки с противомикробными мазями. Влажно-высыхающие повязки противопоказаны, так как подсыхание эрозий и образование корок, прилипание повязок будет способствовать появлению новых пузырно-эрозивных элементов. В случае возникновения контрактур, синдактилии и других рубцовых осложнений показаны реконструктивные хирургические операции.

#### Трудовая экспертиза

В соответствии с приказом № 117 МЗ РФ от 04.07.91 «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов в возрасте до 16 лет», больным наследственным буллезным эпидермолизом может предоставляться инвалидность. Трудовая экспертиза и рациональная профориентация взрослых пациентов проводится по общим правилам в зависимости от тяжести течения заболевания и его осложнений.

### ИХТИОЗЫ

*Ихтиозы* (греч. «ichthy» – рыба) – группа гетерогенных заболеваний, проявляющихся чрезмерным шелушением кожи, напоминающим рыбью чешую. Синонимы: сауриаз, кожа аллигатора, диффузная кератома.

Патогенетической основой всех ихтиозов является нарушение кератинизации. Наиболее часто встречаются четыре формы ихтиоза: вульгарный, X-сцепленный, ламеллярный и эпидермолитический. Кроме того, ихтиоз наблюдается в составе синдромов Рефсума, Попова, Шегрена–Ларссона, Юнга–Фогеля, Нетертона, Руда, дерматита Риттера, эритродермии Лейнера, эритродермической формы красного отрубевидного волосяного лишая и др. Этиология заболевания неизвестна. В основе патогенеза ихтиоза лежат мутации генов, ответственных за образование различных форм кератина. Характерным морфологическим проявлением ихтиоза является

ретенционный гиперкератоз с задержкой отторжения роговых чешуек. Тип наследования различных форм ихтиоза – аутосомно-доминантный, аутосомно-рецессивный или Х-сцепленный.

*Вульгарный ихтиоз.* Дебют этого ихтиоза обычно приходится на возраст 3-12 месяцев. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой.

В коже выявляются гиперкератоз с образованием роговых пробок в устьях волосяных фолликулов, истончение зернистого слоя, уменьшение величины или полное отсутствие кератогиалиновых гранул в клетках зернистого слоя.

Признаки воспаления в дерме не наблюдаются.

Клинические проявления вульгарного ихтиоза максимально выражены в пубертатном периоде и ослабевают в зрелом возрасте, когда болезнь может проявляться лишь незначительным отрубевидным шелушением и сухостью кожи (ксеродермия). Характерно диффузное поражение кожи, более выраженное на голенях, предплечьях, спине и проявляющееся мелкопластинчатым шелушением, сухостью кожи и фолликулярным гиперкератозом. Поражения кожи ладоней и подошв являются постоянными симптомами этого ихтиоза. Характерно усиление кожного рисунка и появление дополнительных складок, придающих ладоням и стопам «старческий» вид. Интактными остаются подмышечные впадины, локтевые и подколенные ямки, лицо (за исключением щек и лба), ягодицы и внутренняя поверхность бедер. Очень часто наблюдается атопия, маскирующая ранние клинические проявления ихтиоза. Обострения болезни носят сезонный характер и возникают зимой под влиянием холодного сухого воздуха, а летом, в теплую и влажную погоду, отмечается некоторое улучшение.

Диагноз устанавливается на основании типичной клинической картины и гистологического исследования кожи.

Дифференциальный диагноз нужно проводить с ламеллярным ихтиозом и вторичными ихтиозоформными состояниями, развивающимися при гиповитаминозе А, атопическом дерматите, лимфоме кожи, возрастных изменениях кожи.

*Х-сцепленный ихтиоз.* Болеют мужчины, матери которых являются гетерозиготными носительницами патологического гена, локализуемого в одной из половых хромосом. Наследуется биохимический дефект в виде пониженной активности стероидной сульфатазы и арилсульфатазы С. В коже выявляют гиперкератоз, гранулез, очаговый акантоз, гипертрофию сосочкового слоя дермы, а также периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты в дерме.

У женщин клинических проявлений на коже нет, а у мальчиков уже в первые месяцы жизни появляются крупнопластинчатые темно-коричневые или почти черные чешуйки, плотно прилегающие к коже и напоминающие «грязь». Часто формируются щитки и массивные роговые наслоения типа «панциря ящерицы» или «игл ежа». У детей всегда поражаются волосистая часть головы, задняя поверхность шеи, наружная поверхность конечностей, туловище, ягодицы. Свободными от поражения остаются ладони, подошвы и лицо. Иногда обнаруживаются точечные помутнения роговицы и гипогонадизм. В отличие от вульгарного ихтиоза с возрастом не наблюдается положительной динамики болезни. Заболевание обостряется зимой или при смене климата на более холодный. В условиях теплого и влажного климата больные чувствуют себя лучше.



Диагноз устанавливается на основании типичной клинической картины и семейного анамнеза. В крови больных выявляется повышенное количество липопротеидов низкой плотности.

Дифференциальный диагноз проводится с другими формами ихтиоза.

*Ламеллярный ихтиоз.* Болезнь с одинаковой частотой встречается у мальчиков и девочек. В коже наблюдается гиперкератоз с участками паракератоза, незначительный гипергранулез, умеренный акантоз, гипертрофия сосочков дермы и периваскулярные инфильтраты.

Диагноз можно поставить при рождении ребенка. У новорожденного наблюдается ярко-красная кожа (состояние эритродермии), полностью покрытая желтовато-коричневатой пленкой, напоминающей коллодий, что затрудняет дыхание и сосание ребенку (коллоидальный плод). Дополняет клиническую картину ламеллярного ихтиоза выворот век и губ. Через несколько дней пленка превращается в крупные чешуйки, которые у ряда детей могут полностью исчезнуть в грудном возрасте и кожа на протяжении всей жизни остается нормальной. Однако в большинстве случаев чешуйки сохраняются всю жизнь. У взрослых эритродермия уменьшается, а гиперкератоз усиливается, и все тело покрывается крупными, толстыми потрескавшимися чешуйками, напоминающими мозаику или черепицу. На лице – эритема, небольшое шелушение, а волосистая часть головы покрыта обильными чешуйками. На ладонях и подошвах – диффузный кератоз и болезненные трещины. Выворот век сохраняется всю жизнь и является характерным симптомом ламеллярного ихтиоза. У части больных развивается деменция. При типичной клинической картине и развитии болезни в раннем возрасте диагноз не представляет больших сложностей.

Дифференциальный диагноз следует проводить с вульгарным, X-сцепленным ихтиозом и наследственными синдромами, включающими ихтиоз как один из симптомов.

*Эпидермолитический ихтиоз* (синонимы: буллезная врожденная эритродермия Брока, врожденный ихтиозиформный эпидермолиз, акантокератолиз универсальный врожденный Никольского) является врожденным или развивается вскоре после рождения. В коже выявляют гиперкератоз, с участками паракератоза, гранулез, акантоз, признаки дискератоза – круглые тельца и зерна. В шиповатом слое – межклеточный отек. В средних и верхних отделах клетки содержат мелкие и крупные базофильные гранулы и пикнотические ядра, границы клеток не четкие. Сосочки дермы гипертрофированы, в верхних слоях – выраженный воспалительный инфильтрат. При электронной микроскопии не выявляется нарушений структуры десмосом и расстройства комплекса десмосомы-тонофибриллы в отличие от вульгарной пузырчатки, болезни Гужеро-Хейли-Хейли и болезни Дарье.

Вскоре после рождения на ярко-красной коже новорожденного появляются пузыри с вялой покрывкой, различной величины с серозным или серозно-геморрагическим содержимым. Отмечается положительный симптом Никольского. Пузыри быстро вскрываются с образованием эрозий, которые полностью эпителизируются (напоминает ошпаренную кожу). Вторичная бактериальная инфекция осложняет течение ихтиоза и служит причиной появления неприятного запаха. Кожа ладоней и подошв белесоватого цвета и выглядит утолщенной, выворот век не наблюдается. Появление геморагии значительно отягощает течение ихтиоза и в ряде случаев возможен летальный исход болезни. К трем-четырем годам жизни количество пузырей сокращается, а гиперкератоз усиливается. Поражения кожи локализуются

преимущественно на шее, в крупных складках, на тыле кистей и стоп. Чешуйки темного цвета, имеют линейную форму, плотно прикреплены к коже и придают ей сходство с вельветом. При сдвигании чешуек на коже остается легкая эритема. Подобные островки нормальной кожи посреди очагов ороговения являются важным диагностическим признаком эпидермолитического ихтиоза.

Диагноз устанавливается на основании типичной клинической картины, данных анамнеза и гистологического исследования кожи.

Дифференциальная диагностика проводится с другими формами ихтиоза, вульгарной пузырчаткой, наследственными синдромами, включающими ихтиоз. Клиническую картину эпидермолитического ихтиоза может напоминать ранняя стадия буллезного эпидермолиза, но в последнем случае отсутствуют эритродермия и обширное сдвигание эпидермиса. В дальнейшем, при прогрессировании гиперкератоза, различия заболеваний становятся более очевидными. Существует разновидность эпидермолитического ихтиоза, при которой поражаются только ладони и подошвы. Это заболевание называют эпидермолитической кератодермией, в основе которой лежит иной генетический дефект.

*Ихтиоз плода (плод Арлекина).* Дети рождаются недоношенными, с небольшой массой тела. Выворот век, губ, запавшие глаза, недоразвитие или отсутствие ушных раковин, широко раскрытый рот и глубокие трещины в углах рта (из-за выраженной инфильтрации кожи) придают особый внешний вид («Арлекин») ребенку. Часто наблюдаются контрактуры конечностей. Кожа покрыта роговым «панцирем», состоящим из толстых кератотических наслоений («щитков») серовато-белого или сиреневатого цвета, который начинает растрескиваться, а чешуйки темнеют, становятся фиолетово-серыми или коричневыми, появляются борозды и трещины. На волосистой части головы многослойные рыхлые беловатые чешуйки. Краевая алопеция является патогномичным признаком ихтиоза плода. Дети с такой патологией рождаются мертвыми или погибают вскоре после рождения от присоединения вторичной инфекции, истощения, сердечной, дыхательной и почечной недостаточности. При лечении им удается продлить жизнь до нескольких месяцев. Плод Арлекина дифференцируют от коллоидального плода и других форм ихтиоза в соответствующем семейном анамнезе. Биопсия кожи плода, проведенная на 19-21-й неделе беременности, выявляет утолщение рогового слоя, что не наблюдается в норме до 24-й недели. Такие изменения встречаются при ламеллярном ихтиозе, эпидермолитическом ихтиозе, синдроме Шегрена-Ларссона, при ихтиозе плода (плод «Арлекина»). Мутации генов, ответственных за синтез кератинов, можно выявить при культивации амниоцитов и клеток хориона.

Имеются отдельные тесты, помогающие в диагностике некоторых форм заболевания. При X-сцепленном ихтиозе обнаруживают дефицит стероидной сульфатазы при анализе культур кератиноцитов, фибробластов, лейкоцитов или в чешуйках. Низкой активности холестеринсульфатазы в крови соответствует высокая подвижность при электрофорезе липопротеидов низкой плотности. При синдроме Конради-Хюнерманна в культуре клеток отмечается дефицит ферментов пероксином, при болезни Рефсума-фетанилоксидазы, при синдроме Шегрена-Ларссона – недостаточность адениндинуклеотидоксидазы-редуктазы.

*Лечение ихтиозов.*

К сожалению, этиологическое лечение ихтиозов отсутствует. Общей закономерностью лечения наследственных заболеваний кожи следует считать раннее начало патогенетической терапии. После установления диагноза лечение начинается не позже 10-го дня после родов. Ребенка помещают в кувез для поддержания максимальной влажности воздуха и температуры тела. Назначается парентеральное питание и инфузионная терапия. Используются глюкокортикоиды (преднизолон, метилпреднизолон, полькортолон и т. п.) в дозе от 1,5 до 3,5 мг/кг массы тела в сутки (преднизолон). При нарушении глотания глюкокортикоидные гормоны можно назначать парентерально. Продолжительность гормонотерапии не менее 1-1,5 месяцев. Снижение дозы постепенное в течение 3-4 недель.

Ретиноиды (третиноин, изотретиноин, этретинат, ацитетрин) эффективны при всех клинических формах ихтиоза. Они представляют собой структурные аналоги витамина А (ретинола). Наиболее важное действие ретинола связано с участием в процессах роста и дифференцировки тканей. Их назначают как внутрь, так и местно в виде крема и мази. Доза ретиноидов зависит от клинической формы ихтиоза, распространенности кожного процесса и возраста пациента. Во время лечения необходимо регулярно проводить общий и биохимический анализ крови, включая липидный профиль. В связи с тератогенным действием ретиноидов в период лечения женщина должна позаботиться о надежной контрацепции. Терапия ретиноидами является симптоматической, при отмене возникают рецидивы заболевания. Рекомендованы белковые препараты (альбумин), витамины группы А, В, С, препараты железа. В случае присоединения инфекции показана системная и наружная антибактериальная терапия. Наружная терапия предполагает также применение ожирияющих и смягчающих средств (на основе вазелина, ланолина, свиного сала), увлажняющих и кератолитических средств (в состав которых входят мочевины, салициловая, гликолевая и молочная кислоты). Солевые, содовые, масляно-молочные и крахмальные ванны облегчают удаление чешуек. Противовоспалительный, антисептический эффект оказывают ванны с добавлением ромашки, зверобоя, шалфея. Санаторное лечение на курортах с влажным и теплым климатом, морские купания показаны пациентам с любыми формами ихтиоза.

#### **8. Вопросы по теме 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.

#### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

правильный ответ: 5

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

правильный ответ: 2

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

правильный ответ: 2

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

правильный ответ: 1

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

правильный ответ: 5

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
- правильный ответ: 2

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
- правильный ответ: 3

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
- правильный ответ: 1

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
- правильный ответ: 4

10. ПРИ НАЛИЧИИ САЛЬНО-ЖЕЛЕЗИСОВОГО НЕВУСА НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6):

- 1) генетика;
- 2) косметолога;
- 3) онколога;
- 4) психиатра;

5) педиатра.

Правильный ответ: 4

11. КОМПЛЕКС ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА, ВКЛЮЧАЮЩИЙ ЭКТРОПИОН, ЭКСКЛАБИОН, МОНГОЛОИДНЫЙ РАЗРЕЗ ГЛАЗ, ВРОЖДЁННУЮ ДЕФОРМАЦИЮ УШНЫХ РАКОВИН, ХАРАКТЕРЕН (УК-1, ПК-1, 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.

Правильный ответ: 1

### 10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

#### 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 мм.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 2 см 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.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Дайте определение заболеванию
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Специфический признак заболевания
5. Методы лабораторной диагностики.

#### Ответ к задаче №1

1. Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена)
2. Наследственное заболевание кожи и ЦНС, имеющее как минимум семь клинических вариантов. Наиболее распространенным вариантом является нейрофиброматоз типа I и называется болезнью Реклингхаузена.
3. Наследуется по аутосомно-доминантному типу, однако 50% случаев возникают вследствие новой мутации. Патогенез заболевания связан с дефектом гена нейрофибромина.
4. Пятна типа веснушек в паховой и подмышечной областях (синдром Кроува).
5. магнитно-резистентная томография головного и спинного мозга – наличие различных опухолей ЦНС

- гистологическое исследование нейрофибром
- генетическое тестирование

### **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.

### **Ответ к задаче №2**

1.Пигментная ксеродерма.

2.Пигментная ксеродерма объединяет гетерогенную группу генетических заболеваний, обусловленных нарушением репарации ДНК. При этом в основе нарушений репарации ДНК лежат дефекты ферментов эндонуклеаз. Заболевание характеризуется разнообразными клиническими проявлениями. Заболеваемость пигментной ксеродермой составляет 1 на 40000 - 250000 населения в год. Тип наследования — аутосомно-рецессивный. Заболевание нередко выявляют у детей, рожденных в кровнородственном браке. Клеточно-фузионный метод позволяет выделить восемь подтипов пигментной ксеродермы, которые отличаются локализацией мутантного гена.

3.Первым проявлением пигментной ксеродермы служит тяжелый солнечный ожог.

4.У детей младшего возраста с повышенной чувствительностью к солнечному свету исключают тяжелый солнечный ожог, фототоксическую реакцию (форма лекарственной токсидермии), полиморфный фотодерматоз, высыпания у новорожденных, напоминающие красную волчанку, эритропоэтическую протопорфирию, синдром Блума, синдром Ротмунда-Томсона, хартнуповскую болезнь и синдром Коккейна. Гиперпигментные пятна по типу веснушек, как при пигментной ксеродерме, наблюдают при хроническом лучевом дерматите, лентицинозе, системной склеродермии и пигментной крапивнице. Возникновение базальноклеточного рака в детском возрасте наблюдают при синдроме Горлина-Гольца. Раннее возникновение меланомы бывает у лиц с синдромом диспластических невусов и семейной меланомой.

5. Больным пигментной ксеродермой показано максимальное ограничение инсоляции. Им следует носить закрытую одежду, широкополые шляпы, солнцезащитные очки, ежедневно пользоваться непрозрачными солнцезащитными средствами. Кроме того, таким больным показано генетическое консультирование, консультация офтальмолога и невропатолога. Стекла автомобиля следует оснастить пленкой, задерживающей ультрафиолетовое излучение. Кроме того, следует ограничить действие солнечного света на слизистую рта. Необходимо неотложное и полноценное лечение злокачественных новообразований кожи и их предшественников. Для профилактики новых опухолей применяют дермабразию, которую проводят под общей анестезией. Риск злокачественных новообразований кожи снижает прием внутрь изотретиноина и этретината в низких дозах. В настоящее время проходят исследования по применению ферментов, участвующих в репарации ДНК. При этом на кожу наносят лосьон, в котором ферменты находятся в липосомах.

### 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 коже щек 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.

Вопросы:

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.

### Ответ к задаче №3

1. Туберозный склероз — наследственное заболевание, характеризующееся пороками развития кожи, глаз, ЦНС, сердца, почек, легких и костей

2. Тип наследования — аутосомно-доминантный. В основе 66-75% случаев заболевания лежат спонтанные мутации. Мутантные гены расположены в локусах 9q34 и 16p13. Ген 16p13 кодирует синтез белка туберина, который участвует в подавлении роста клеток. Большое количество туберина выявляют в нейронах коры головного мозга и в кровеносных сосудах ряда органов, включая почки и кожу (органы, которые чаще всего поражаются при туберозном склерозе). Таким образом, инактивация гена 16p13 ведет к образованию опухолей.

Распространенность туберозного склероза составляет 1 на 10 000, но возможна более высокая распространенность — 1 на 6 000.



3. Классическая триада, описанная в 1908 г, включает ангиофибромы на лице (старое название «аденома сальных желез Прингла»), умственную отсталость и эпилептические припадки. Существует взаимосвязь между сроками возникновения эпилептических припадков и выраженностью умственной отсталости: чем раньше проявляются эпилептические припадки, тем более выражена умственная отсталость. Тем не менее, у 40% больных туберозным склерозом отставания в умственном развитии нет.

4. Дифференциальный диагноз при ангиофибромах включает трихоэпителиому, синингому, трихолеммому (при кауденовской болезни), милиум, ксантомы, бородавки и обыкновенные угри.

5. Лечение туберозного склероза включает постоянный прием противосудорожных средств, начиная с раннего детского возраста. К тому же эти препараты препятствуют развитию умственной отсталости. Показано обследование и наблюдение для исключения опухолей и пороков развития. При эпилепсии, устойчивой к медикаментозному лечению, показано выявление и хирургическое удаление эпилептогенного очага.

Лечение ангиофибром на лице проводят по косметическим соображениям. При этом результаты лечения не всегда устраивают больных. Применяют срезание скальпелем, направленным по касательной к поверхности кожи, а также дермабразию, электрокоагуляцию и криодеструкцию. Есть сообщения об эффективности лазерной терапии с применением углекислотного лазера и лазера на парах меди.

#### **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.

Вопросы:

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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Порокератоз Мибелли у больного со сниженным иммунитетом.

2. Порокератоз — заболевание, в основе которого лежит нарушение ороговения кератиноцитов.

3. Характерным гистологическим признаком всех форм порокератоза служит так называемая роговидная пластинка — паракератотический столбик, состоящий из

неправильно расположенных роговых клеток с пикнотичными ядрами и пернуклеарным отеком. Заболевание обусловлено патологическим клоном кератиноцитов. Эпидермис, расположенный выше патологического клона кератиноцитов, может быть атрофированным, нормальным, реже с признаками акантоза.

4. Риск развития злокачественного новообразования при порокератозе составляет 25%. На фоне порокератоза могут возникать плоскоклеточный рак, болезнь Боуэна и базальноклеточный рак. Поэтому при порокератозе показано лечение и наблюдение.

5. Лечение порокератоза включает 5-фторурацил местно, ретиноиды местно, криодеструкцию, иссечение, дермабразию и лазерную терапию (применяют углекислотный лазер).

#### **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.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию.
3. Осложнения данного заболевания.
4. Какое лечение целесообразно назначить?
5. Профилактика данного дерматоза.

#### **Ответ к задаче №5**

1. Синдром Элерса-Данло.

2. Синдром Элерса-Данло представляет собой гетерогенную группу заболеваний, в основе которых лежит наследственное нарушение синтеза коллагена. Синдром Элерса-Данло проявляется повышенной растяжимостью кожи (при этом она быстро возвращается к исходному состоянию), ранимостью кожи, ломкостью сосудов и повышенной подвижностью суставов.

3. Разрыв крупных сосудов, перфорация кишечника, осложнения беременности. пневмоторакс, вывих бедра, сколиоз, варикозное расширение вен, паховая грыжа, дивертикулез, отслойка сетчатки, другая тяжелая патология глаз.

4. Лечение синдрома Элерса-Данло включает раннее выявление и незамедлительное лечение возможных осложнений. Для выявления аневризм применяют эхокардиографию и компьютерную томографию. Инвазивные методы исследования противопоказаны. При лечении сосудистых осложнений желателен пользоваться нехирургическими методами. Если говорить о хирургическом лечении, то у таких больных перевязка сосуда предпочтительнее реконструктивных операций. В случае перфорации кишечника или тяжелого желудочно-кишечного кровотечения колонэктомия в сочетании с илеостомией

5. Для профилактики травм и ранений у детей с синдромом Элерса-Данло эффективны защитные щитки, как у спортсменов. Кроме того, таким больным

показан витамин С внутрь.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Провести осмотр дерматологического больного.
2. Определить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи.
3. Владеть методами пальпации кожи, проведения поскабливания и диаскопии элементов сыпи.
4. Составить алгоритм обследования больного генетическим заболеванием.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Систематика и семиотика наследственных дерматозов.
2. Диагностика наследственных дерматозов.
3. Классификация наследственных дерматозов.
4. Алгоритм обследования больных наследственными дерматозами.

### 13. 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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.	Атлас-справочник. Клиника наследственных дерматозов	Г.И.Суколин	М.: Бином, 2014.		
8.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

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 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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 3. Значение темы:

Знание особенностей клинических проявлений, течения опухолей кожи позволит врачам – дерматологам легко ориентироваться в их дифференциальной диагностике и диагностировать данные заболевания на ранних стадиях.

### 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.
- проречти гистологическое исследование кожи.
- составить алгоритм обследования больного.

**-владеть:**

- диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры.

**5. Оснащение занятия.**

Световой микроскоп, гистологические препараты больных онкологическими заболеваниями кожи, компьютер, компьютерная презентация, муляжи по теме занятия, атласы по специальности.

**6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. -12 академических часов).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащённость
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а)с наглядным материалом

			б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

### 7. Аннотация (краткое содержание 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 и

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, акантотический, 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:

- 1) пограничный невус;
- 2) внутридермальный невус;
- 3) сложный невус;
- 4) эпителиоидноклеточный, или веретенклеточный, невус;
- 5) невус из баллонообразных клеток;
- 6) галоневус;
- 7) инволюционный невус, или фиброзная папула лица;
- 8) голубой невус;
- 9) гигантский врожденный невус;
- 10) диспластический невус.

*Пограничный, сложный, голубой, гигантский врожденный и диспластический невусы являются меланомоопасными.*

*Невус пограничный* клинически характеризуется солитарным коричневым пятном, реже папулой темно-коричневого, темно-серого или черного цвета диаметром обычно 2-5 мм; поверхность гладкая, редко шероховатая. Существует с рождения или развивается в молодом возрасте, чаще на коже ладоней, подошв, половых органов, волосистой части головы. Является меланомоопасным, особенно после периода полового созревания.

*Невус внутридермальный* встречается наиболее часто у взрослых. Представлен полушаровидной папулой коричневатого цвета диаметром около 1 см. Крайне редко перерождается в меланому.

*Невус сложный* является переходной формой между пограничным и внутридермальным невусами. Клинически выглядит в виде пигментированной папулы. Редко достигает 1 см в диаметре.

*Невус веретенклеточный, или эпителиоидноклеточный,* – доброкачественная опухоль, чаще солитарная, реже множественная, красно-коричневого цвета с гладкой или бородавчатой поверхностью. Обычно встречается у детей. Чаще располагается на лице, щеках, нижних конечностях.

*Невус из баллонообразных клеток* встречается очень редко, обычно у молодых людей и не имеет характерных клинических особенностей, чаще проявляется в виде коричневого пятна или папулы.

*Галоневус (невус Сеттона)* – пигментный папулезный невус с периферической зоной депигментации. Может быть врожденным, но чаще возникает у детей и лиц молодого возраста или у беременных и при витилиго. Очаги единичные или множественные. Может спонтанно регрессировать.

*Инволюционный невус (фиброзная папула лица)* представлен полушаровидной гладкой плотной папулой, не имеет выраженной пигментации, диаметр 2-6 мм. Развивается у взрослых. Самая частая локализация – область носа.

*Невус голубой* чаще встречается у женщин. Развивается во внутриутробном периоде, реже – позже. Выделяют простую (меланомоопасную) и клеточную разновидности. Клинически простой голубой невус представляет собой узелок от светло-серого до черного цвета с гладкой, лишенной волос поверхностью. Его диаметр редко превышает 1 см. Клеточный голубой невус обычно крупнее. Чаще располагается на тыле кистей, стоп, в пояснично-крестцовой области, на ягодицах. Растет медленно.

*Гигантский врожденный невус* проявляется с рождения, размером более 20 см в диаметре. Обычно располагается на нижней части спины, волосистой части головы, бедрах; может быть симметричным. По мере роста ребенка пораженные участки темнеют и утолщаются, интенсивность их пигментации становится неоднородной, а поверхность бородавчатой, иногда с наличием узлов. Рост волос отмечается в 95% случаев и особенно часто наблюдается в позднем детском возрасте. Нередко ассоциируется с другими новообразованиями кожи.

*Невус диспластический* – меланоцитарный невус с атипией ядер и клеток. Возникает после 35 лет, возможны спорадические и семейные случаи. Чаще бывает множественным; диаметром более 5 мм, овальной или неправильной формы, с нечеткими границами и неравномерной пигментацией от черно-коричневого до розово-красного цвета; меланомоопасен. Располагается обычно на спине, нижних конечностях, волосистой части головы, грудной клетке, ягодицах, половых органах.

Патоморфология. При *пограничном* невусе обнаруживают четко ограниченные гнезда невусных клеток на уровне дермо-эпидермального соединения. При *внутридермальном* невусе выявляют тяжи и гнезда невусных клеток в средней, реже в нижней части дермы. Клетки крупные, различной величины и формы, с одним или несколькими ядрами. При *сложном* невусе клетки располагаются в гнездах в виде шнуров и скоплений в эпидермисе и дерме. При *веретенноклеточном* невусе клетки располагаются в виде гнезд и тяжей в верхних слоях дермы; они крупные, с хорошо выраженной светлой пенистой цитоплазмой и округлым, эксцентрично расположенным ядром. Пигмент обнаруживается редко. В нижних слоях дермы клетки веретенообразные. Характерно наличие многоядерных гигантских клеток типа Тутона с гомогенной базофильной цитоплазмой и неравномерным расположением ядер. При невусе *из баллонообразных клеток* невусные клетки имеют светлую цитоплазму и их размеры обычно увеличены в 10 раз по сравнению с обычными клетками; ядра не отличаются от ядер невусных клеток и располагаются либо в центре, либо смещены; встречаются многоядерные баллонообразные клетки. При *галоневусе* в ранней стадии имеются множественные гнезда невусных клеток в верхней части дермы. Позднее невусные клетки чаще располагаются рассеяно. Вблизи эпидермиса и среди невусных

клеток имеется густой диффузный инфильтрат, преимущественно из лимфоцитов и гистиоцитов. При *инволюционном* невусе обнаруживается картина фиброзирующего меланоцитарного невуса. При *голубом* невусе характерно скопление округлых, тонких, слегка ветвящихся клеток, представляющих собой ДОФА-положительные меланоциты с большим содержанием гранул меланина. Обычно клетки располагаются в средних и глубоких отделах дермы. При *диспластическом* невусе – структура сложного невуса. Часть меланоцитов имеет клеточную атипию. Процесс в эпидермисе ограничивается базальным слоем, имеет очаговый или распространенный характер: шаровидные гнезда из меланоцитов большой величины. Клетки при диффузной и очаговой пограничной активности расположены беспорядочно, часто горизонтально, среди них нередко веретеновидные, баллонообразные, с коллабировавшей цитоплазмой. В верхней части дермы – лимфоцитарный инфильтрат.

Выделяют следующие *симптомы малигнизации пигментных невусов кожи*:

- 1) горизонтальный рост невуса: величина более 0,5 см;
- 2) изменение формы: появление асимметрии или фестончатости краев;
- 3) полное или частичное изменение окраски невуса;
- 4) появление чувства зуда и жжения в области невуса;
- 5) шелушение поверхности невуса с образованием сухих «корочек»;
- 6) вертикальный рост над окружающими тканями;
- 7) изъязвление поверхности невуса;
- 8) кровоточивость с его поверхности;
- 9) изменение консистенции (его размягчение или разрыхление);
- 10) мокнутие поверхности пигментного невуса;
- 11) отсутствие или выпадение волосяного покрова на поверхности невуса;
- 12) воспаление в области невуса и в окружающих его тканях;
- 13) появление мелких точечных узелков на поверхности невуса;
- 14) возникновение дочерних пигментированных или розоватых образований в коже вокруг невуса;
- 15) появление блестящей глянцевой поверхности невуса;
- 16) исчезновение кожного рисунка на поверхности невуса.

При подозрении на малигнизацию пигментных невусов пациента необходимо проконсультировать у онколога. При наличии у клинициста каких-либо сомнений в доброкачественном характере меланоцитарного образования на коже назначение диагностической биопсии такого образования без консультации онколога недопустимо, так как может привести к быстрой прогрессии злокачественного процесса.

### **ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ**

Предрак – заболевание или патологические процессы, на фоне которых возможно развитие злокачественных опухолей. Различают предраковые заболевания опухолевой и неопухолевой природы, облигатные и факультативные предраки.

*Кожный рог (cornu cutaneum)* может быть симптомом разных заболеваний (кератоакантома, актинический кератоз, плоскоклеточный рак и др.).

Клиническая картина. Безболезненный роговой выступ цилиндрической, конической или угловатой формы, плотно спаянный с подлежащей тканью. Ширина выступа редко превышает 1,5-2 см, однако длина может достигать нескольких сантиметров. Цвет – от

светло-серого до коричневатого-черного, консистенция плотная, часто имеет слоистое строение. Локализуется чаще на лице.

Патоморфология. Изменения соответствуют дерматозу, на базе которого развился кожный рог. Резко выраженный гиперкератоз.

Лечение. Хирургическое удаление с последующим гистологическим исследованием кожи в основании рога.

*Пигментная ксеродерма (xeroderma pigmentosum)* – генетически детерминированное заболевание, проявляющееся высокой чувствительностью к солнечному свету с ранним развитием дистрофических и атрофических изменений кожи и злокачественных новообразований.

Клиническая картина. Первые проявления заболевания возникают вскоре после рождения или в первые три года жизни. На открытых участках тела после непродолжительной инсоляции возникают мелкие пятна от желтоватого до темно-коричневого цвета. Постепенно кожа становится сухой с тонкопластинчатым шелушением, местами появляются телеангиэктазии и участки поверхностной атрофии кожи. Позже на этом фоне возникают бородавчатые и папилломатозные разрастания, которые затем трансформируются в спино-целлюлярный рак, базалиому или меланому.

Патоморфология. Картина первых проявлений неспецифична. Позже отмечается гиперкератоз и появление атипичных клеток шиповатого слоя. С наступлением малигнизации патологические изменения соответствуют виду развивающейся опухоли.

Лечение. Специального лечения не существует. Рекомендуются меры, защищающие кожу от солнечной инсоляции. Отмечен положительный эффект от длительного лечения ретиноидами.

*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.

*Гигантской кондилома Бушке-Левенштейна (condyloma gigante Buschke-Loewenstein).* Предполагается связь гигантской кондиломы Бушке-Левенштейна с вирусом папилломы человека.

Клиническая картина. Начинается с образования небольших кондилом, которые за счет роста и слияния формируют крупные бородавчатые очаги красного цвета с широким основанием и вегетациями на поверхности. Характерная локализация – кожа гениталий и перианальная область.

Патоморфология. Акантоз, папилломатоз, вакуолизация эпидермальных клеток. В дерме – воспалительный инфильтрат.

Дифференциальный диагноз. Гигантскую кондилому следует отличать от обычной остроконечной кондиломы, широких кондилом при вторичном сифилисе, плоскоклеточного рака.

Лечение. Хирургическое с обязательным патоморфологическим исследованием.

*Поздние радиационные дерматозы.* К поздним радиационным дерматозам относятся хронический лучевой дерматит и лучевые длительно незаживающие язвы.

Клиническая картина. Хронический лучевой дерматит характеризуется пестрой клинической картиной: дисхромией, телеангиэктазиями, атрофией, очаговым кератозом. Признаки малигнизации могут появляться в краевом валике образовавшейся язвы и в области очаговых кератозов.

Патоморфология. Обнаруживается атрофия эпидермиса, фиброз соединительной ткани, облитерация кровеносных сосудов, исчезновение всех придатков кожи.

Дифференциальный диагноз. Дифференцировать поздний рентгеновский дерматит следует от пойкилодермии, меланодермии.

Лечение. Препараты общеукрепляющего действия, витамины, противосклеротические средства и средства, улучшающие микроциркуляцию в тканях. При эрозивно-язвенных дефектах – иссечение язвы с последующей пластикой.

## **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 покабливании 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 чешуеобразными корочками 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 дисконфлексация 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% проспириновой 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.

*Эритроплазия Кейра.* Аналог болезни Боуэна на слизистых оболочках. Имеет более выраженную тенденцию к развитию инвазивного плоскоклеточного рака, чем болезнь Боуэна. Чаще всего возникает в пожилом возрасте у мужчин, не подвергшихся обрезанию, в области головки полового члена, у женщин – в области вульвы, может быть и на слизистой оболочке рта.

Клиническая картина. Проявляется резко очерченным малиново-красного цвета очагом с влажной блестящей бархатистой поверхностью с незначительной инфильтрацией. Рост очага очень медленный, иногда он может достигать значительных размеров. При инфицировании возможны гнойные пленки или белесоватый налет. В случае трансформации эритроплазии Кейра в плоскоклеточный рак усиливается инфильтрация, появляется изъязвление, покрытое белесовато-грязным налетом или кровянистыми корками. Рано возникают метастазы в регионарные лимфатические узлы.

Патоморфология. В отличие от болезни Боуэна очаговый дискератоз отсутствует.

Дифференциальный диагноз. Эритроплазию Кейра следует дифференцировать от проявлений первичного сифилиса, ограниченного плазмодитарного баланита Зоона, дрожжевого баланопостита.

Лечение. При инвазивной форме эритроплазии Кейра наиболее эффективны блеомицин или его отечественный аналог блеомицетина гидрохлорид. При поражении крайней плоти показано обрезание, в случае локализации в области головки полового члена, венечной борозды – воздействие жидким азотом. Эффективны также 5% 5фторурациловая, фторафуровая или 30% проспириновая мази. При инвазивной форме эритроплазии Кейра и поражении регионарных лимфатических узлов показана близкофокусная рентгенотерапия. Лимфатические узлы удаляют.

*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 местнодеструктурирующим 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 рубцующую, 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, рентгенорадиотерапия; криохирургия, общая и наружная химиотерапия. 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. Приходится проводить дифференциальную диагностику с целым рядом опухолевых заболеваний кожи (базалиома, болезнь Боуэна, кератоакантома, псевдокарциноматозная гиперплазия), а также туберкулезом кожи, гуммозной язвой при третичном сифилисе, глубокими микозами, пиогенной гранулемой.

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 Sylven (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, меланома типа злокачественного лентиго, узловая форма, акральная меланома.

*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.

*Узловая 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 отсеков. Также меланома может развиваться из меланоза Дюбрея или возникнуть из лентиго.

Разновидности узловой 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-лентицинозная 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.

### **Саркома Капоши**

*Саркома Капоши (sarcoma Kaposi)* – мультицентричный злокачественный опухолевый процесс, развивающийся из эндотелия кровеносных сосудов в коже и внутренних органах.

Этиология и патогенез. Предполагают связь с человеческим герпесвирусом 8-го типа (HHV-8). Заболевание развивается преимущественно у иммуно-компрометированных пациентов (старческий возраст, получающие системную кортикостероидную и цитостатическую терапию, ВИЧ-инфицированные).

Клиническая картина. Выделяют пятнистые, папулезные и узловатые поражения, которые в большинстве случаев определяют стадию развития процесса. Выделяют четыре клинических типа саркомы Капоши (классический, эндемический, эпидемический, иммуносупрессивный).

*Классический тип* встречается преимущественно у жителей Центральной Европы, Италии и России. Обычно развивается на 6–7-м десятилетии жизни. Мужчины болеют в 9–15 раз чаще, чем женщины. В начале заболевания процесс локализуется в области стоп и голеней и проявляется пятнами неправильной формы красно-фиолетового или красно-коричневого цвета с четкими краями, которые превращаются в папулы,

массивные бляшки или узлы. Иногда на этом фоне появляются крупные пузыри, очаги гиперкератоза, веррукозные разрастания, геморрагии, телеангиэктазии. Кожа в области очагов поражения уплотнена, отечна, синюшного цвета, что иногда является первым проявлением болезни. Очаги поражения обычно симметричные. Зуд или жжение беспокоят редко. Лишь при изъязвлении опухолевых элементов появляется боль. Часто в процесс вовлекаются лимфатические узлы (их поражение обычно носит реактивный, а не неопластический характер) и слизистые оболочки рта, глаз, половых органов. В терминальной стадии поражаются внутренние органы: пищеварительный тракт, легкие, печень, селезенка, сердце и др.

*Эндемический тип* саркомы Капоши встречается у жителей Центральной Африки, чаще в первые годы жизни. У детей при минимальных кожных проявлениях отмечается высокая частота поражений внутренних органов и лимфатических узлов.

*Эпидемический тип* саркомы Капоши ассоциирован с ВИЧ-инфекцией.

*Иммunosuppressивный тип* саркомы Капоши ассоциирован с лимфопролиферативными заболеваниями или с трансплантацией внутренних органов, а также встречается у больных, длительно получающих кортикостероидные гормоны.

Течение. Заболевание может протекать остро, подостро и хронически. Острая форма чаще встречается в молодом или очень пожилом возрасте, отличается бурным началом и прогрессирующим течением. Характеризуется выраженной общей интоксикацией, высокой температурой тела и генерализацией кожных проявлений, увеличением лимфатических узлов, поражением внутренних органов. Срок жизни больных составляет от 2 месяцев до 2 лет. Летальный исход наступает на фоне быстрой генерализации процесса, общей интоксикации и кахексии. При подострой форме клинические проявления менее выражены; процесс прогрессирует медленнее и приводит к летальному исходу в течение 2-5 лет от начала заболевания. Наиболее частая – хроническая форма заболевания, характеризуется относительно доброкачественным течением. Ей присущи медленное прогрессирование, ограниченный характер поражения и длительное течение – до 15–20 лет. Лишь на поздних сроках она сопровождается появлением узлов, поражением лимфатических узлов и внутренних органов.

Патоморфология. В сетчатом слое дермы имеются периваскулярные инфильтраты, состоящие из округлых клеток с крупными ядрами, лимфоцитов, гистиоцитов, встречаются плазматические клетки. Нередко формируются с вытянутыми клетками вокруг; наблюдаются отложения гемосидерина. Позже, при ангиоматозном варианте сосудов становится больше, в том числе и новообразованных, находящихся на разных стадиях дифференцировки. При фибробластическом варианте клетки напоминают фибробласты и располагаются в виде переплетающихся тяжей. При смешанном варианте обнаруживают как ангиоматозный, так и фибробластический варианты.

Дифференциальный диагноз проводят с пиогенной гранулемой, гемангиомой, гломусной опухолью, меланомой, лимфомой кожи, болезнью Шамберга, красным плоским лишаем, лепрой.

Лечение. В нашей стране препаратом выбора при лечении саркомы Капоши является малотоксичный цитостатик проспидин, обладающий эпидермотропным действием. Проспидин вводят внутримышечно или внутривенно по 0,1–0,2 г ежедневно или через день; на курс 3-4 г. При отсутствии эффекта, а также при наличии распространенных

опухолевых образований проводятся курсы полихимиотерапии в сочетании с лучевой терапией.

#### **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Этиопатогенетические факторы развития опухолей кожи.
2. Классификация опухолей кожи.
3. Диагностика опухолей кожи.
4. План обследования и лечения больных с опухолями кожи.

#### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

Правильный ответ: д

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

Правильный ответ: г

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

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: а

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

Правильный ответ: д

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.

Правильный ответ: в

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.

Правильный ответ: в

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.

Правильный ответ: а

10. Предраковые клинические формы новообразований кожи (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) невусы

- б) дерматофиброма
  - в) меланома
  - г) болезнь Боуэна
  - д) липома
- Правильный ответ: г

## 10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

### 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.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Диагностика заболевания.
5. Лечение

### Ответ к задаче №1

1. Болезнь Боуэна.
2. Болезнь Боуэна – внутриэпидермальный (in situ) рак кожи, который развивается из кератиноцитов кожи и слизистых оболочек. Это поверхностный вариант плоскоклеточного рака.
3. С псориазом, поверхностным базально – клеточным раком, себорейным кератозом, экземой.
4. Клинический диагноз должен быть подтвержден биопсией.
5. Эксцизия, кюретаж, криохирургия, местный 5-фторурацил.

### 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 гистологическая биопсия с ответом: Из эпидермиса спускаются в дерму комплексы кератинов и ядерми, по периферии комплексов





Вопросы:

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.

**Ответ к задаче №2**

1. Поверхностная форма базалиомы.
2. Базалиома — опухоль из базального слоя эпителия кожи, одна из разновидностей рака кожи. Развивается из атипичных базальных клеток эпидермиса и фолликулярного эпителия.
3. Дискоидная красная волчанка, красный плоский лишай.
4. Цитологическое исследование скарификата с поверхности базалиомы и выявление базалоидных клеток.
5. Лечение зависит от размера, формы БКР и возраста больного: иссечение опухоли в пределах здоровых тканей, лазерная терапия, криотерапия, наружная химиотерапия.

**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.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию.
3. Течение заболевания.
4. Какие опухоли могут развиваться в пределах этого образования?
5. Лечение заболевания.

**Ответ к задаче №3**

1. Невус сальных желез
2. Невус сальных желез - это характерный врожденный очаг на голове (обычно волосистой части), который состоит из кожи и компонентов ее придатков.
3. Почти все очаги заболевания присутствуют с рождения или появляются в раннем детстве. В возрасте полового созревания увеличиваются и подвергаются изменениям.
4. Доброкачественная апокринная опухоль (встречается в 20% очагов), базально – клеточный рак (в 7% очагов).
5. Рекомендуется полная эксцизия всего очага.

#### 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.

Вопросы:

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?

#### Ответ к задаче №4

1. Пятнистый невус (синоним: *nevus spilus*) — относительно распространенное пигментное образование, которое выявляют примерно у 3% взрослых.
2. Как правило, процесс локализуется на лице, туловище и проксимальных отделах конечностей.
3. Биопсия светло-коричневого пятна, на фоне которого развиваются множественные мелкие пятна, при пятнистом невусе выявляет признаки юношеского лентиго. Биопсия множественных мелких пятен при пятнистом невусе выявляет признаки пограничных невоклеточных невусов, реже — сложных или диспластических невоклеточных невусов.
4. При пятнистом невусе, учитывая возможность озлокачествления, показано наблюдение. Если пятнистый невус приводит к косметическому дефекту, ранее применяли лазерную терапию (рубиновый лазер) или криотерапию жидким азотом. В настоящее время эти методы противопоказаны.
5. При подозрении на меланому показана биопсия. Кроме того, при пятнистом невусе показано ограничение инсоляции.

#### 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.

Вопросы:

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

## **Ответ к задаче №5**

1. Врожденный невоклеточный невус.

2. В зависимости от размера выделяют гигантский врожденный невоклеточный невус (диаметр более 20 см), заболеваемость составляет 1 на 20 000 новорожденных; средний врожденный невоклеточный невус (диаметр 2-20 см), заболеваемость составляет 0,6% новорожденных; и мелкий врожденный невоклеточный невус (диаметр менее 2 см), заболеваемость составляет 1% новорожденных.

3. Риск развития меланомы из гигантского врожденного невоклеточного невуса в течение жизни составляет 5-15%. При этом риск меланомы выше в возрасте до 10 лет. Риск развития меланомы из мелкого врожденного невоклеточного невуса в течение жизни составляет 0,8-4,9%. В этом случае риск меланомы выше после пубертатного возраста. Риск развития меланомы из гигантского врожденного невоклеточного невуса зависит от локализации невуса. Наиболее высокий риск меланомы ассоциируется с локализацией врожденного невоклеточного невуса на туловище. Гигантский врожденный невоклеточный невус, локализованный на конечностях, характеризуется низким риском развития меланомы. Еще не было описано ни одного случая развития меланомы из мелких врожденных невоклеточных невусов, сопутствующих гигантскому врожденному невоклеточному невусу. Кроме того, гигантский врожденный невоклеточный невус может вызывать поражение подлежащих тканей и костей. Врожденные невоклеточные невусы могут приводить к выраженным косметическим дефектам.

4. Нейродермальным меланозом называют сочетание гигантского врожденного невоклеточного невуса с поражением мягкой и паутинной мозговых оболочек. Возможно поражение ЦНС. При появлении неврологической симптоматики прогноз неблагоприятный. Нейродермальным меланоз чаще всего бывает при локализации гигантского врожденного невоклеточного невуса на голове, шее, спине и ягодицах, а также при его сочетании с мелкими врожденными невоклеточными невусами. Неврологическая симптоматика может быть обусловлена внутричерепной компрессией или обструкцией, позвоночными расщелинами, менингоцеле. Возможны эпилептические припадки.

5. Единого подхода к лечению врожденного невоклеточного невуса пока нет. Учитывая высокий риск меланомы, гигантские врожденные невоклеточные невусы следует удалять. При больших размерах невуса перед операцией кожу предварительно растягивают с помощью подкожных пластиковых баллончиков. Возможно поэтапное иссечение. При любом врожденном невоклеточном невусе показано наблюдение, при подозрении на меланому необходима биопсия. При гигантском врожденном невоклеточном невусе, локализованном на голове, шее, спине и ягодицах, показана магнитно-резонансная томография для исключения нейродермального меланоза. Лечение последнего пока не разработано. Хотя дермабразия и кюретаж эффективно устраняют косметические дефекты, после них сохраняется риск развития меланомы из оставшихся в глубокой части дермы невусных клеток. Более того, рубцы после этих методов затрудняют выявление меланомы, приводя к поздней диагностике.

## **11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Определить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи.

2. Методами пальпации кожи, проведения поскабливания и диаскопии элементов сыпи.
3. Провести гистологическое исследование кожи.
4. Составить алгоритм обследования больного.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Этиопатогенетические факторы развития опухолей кожи.
2. Меланома кожи. Современные методы лечения.
3. Ретиноиды в лечении кератоакантом.
4. Тактика ведения больных онкологическими заболеваниями кожи

### 13. 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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		
8.	Клиническая дерматоонкология [Электронный ресурс] : атлас. Режим доступа: <a href="http://ibooks.ru/reading.php?productid=353388">http://ibooks.ru/reading.php?productid=353388</a>	И. А. Ламоткин	М. : Бином, Лаборатория знаний, 2015.		
9.	Пигментные опухоли кожи [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436738.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436738.html</a>	Л. В. Червонная	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.		
10.	Дерматоонкология. Лечение: учеб. пособие для врачей.	В.А. Молочков, Ю.В. Молочкова	М.: Практическая медицина, 2018.		

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 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

**1.Тема: «Красная волчанка. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение»**

**2. Форма организации учебного процесса:** клиническое практическое занятие

Методы обучения: активные(объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

**3. Значение 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.

### **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.

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре

**5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

**6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия (540мин.- 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней



			в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

### 7. Аннотация (краткое содержание 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 (особенно 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 аминохинолина, 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 Бенье-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

Системная красная волчанка. Спонтанно или из ДКВ. После продрома/внезапно. Острая, подострая и хроническая формы. На коже островоспалительные эритематозно-папулезные, уртикарно-везикулезные или буллезные элементы, скарлатиноподобные, псориазиформные, себороидные, 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.

## 8. Вопросы по теме 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.

## 9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

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.

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: г

3. Какой из симптомов не свойствен красной волчанке? (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) фолликулярный гиперкератоз;
- б) симптом Бенъе- Мещерского;
- в) эритема;
- г) рубцовая атрофия;
- д) наличие вокруг очага сиреневатого ободка.

Правильный ответ: д

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.

Правильный ответ: в

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) талидомид;
- д) апрессин.

Правильный ответ: д

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.

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: в

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.

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: г

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.

Правильный ответ: б

12. Основной гипотезой развития красной волчанки считают: (УК-1, ПК-1)

- а) наследственная;
- б) аутоиммунная;
- в) эндокринная;
- г) вирусная;
- д) неврогенная.

Правильный ответ: б

## **6. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

### **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.

### **Ответ к задаче №1**

1. Поставьте диагноз.

Дискоидная красная волчанка.

2. Какие характерные для данного заболевания симптомы имеют место в данном случае?

Симптом Бенье-Мещерского, симптом «дамского каблучка»

3. План обследования больной.

- Общий анализ крови
- ЛЕ-клетки (волчаночные клетки)
- Антинуклеарные антитела (АНА)
- Прямая и непрямая РИФ
- Гистологическое исследование

4. Составьте план лечения больной.

Общее лечение:

- Антималарийные препараты (гидроксихлорохин 5-6 мг/кг/сут)
- Антиоксиданты (альфа-токоферол по 50-100 мг/сут)
- Ретиноиды (ацитретин, этретинат, изотретиноин 40-50 мг)

Местное лечение:

- Топические глюкокортикостероидные препараты 2 класса
- Рациональная одежда, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60).

5. Профилактика заболевания.

- Защита кожи от солнечного облучения
- Трудоустройство, исключающее работу под открытым небом.

### **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.

**Ответ к задаче №2**

1. Поставьте диагноз.

Подострая кожная красная волчанка.

2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания

По современным представлениям патогенез красной волчанки является сложным, включает участие иммунных, генетических, метаболических, нейроэндокринных и экзогенных факторов. Провоцирующими активаторами могут быть инфекции, УФО,

лекарственные воздействия. У больных КВ обнаруживают угнетение Т-клеточного звена и повышение В-клеточного звена иммунной системы, высокий уровень IgA, М, G, циркулирующих иммунных комплексов, антител против ДНК и РНК, клетки красной волчанки (ЛЕ-клетки).

### 3. Особенности сбора анамнеза у больных данным дерматозом

При сборе анамнеза необходимо уточнить профессию больного, частоту и длительность его пребывания под солнечными лучами или на морозе и ветре, расспросить о предшествующих приемах лекарственных препаратов, усиливающих действие солнечного света. Обратить внимание на наличие у больного очагов хронической инфекции и интеркуррентных заболеваний, способных вызвать заболевание.

4. Общий анализ крови, ЛЕ-клетки (волчаночные клетки), антинуклеарные антитела (АНА), прямая и непрямая РИФ, гистологическое исследование

5. Защита кожи от солнечного облучения, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60), рациональная одежда, диспансерное наблюдение у дерматолога.

### **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 Бенье-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

### **Ответ к задаче №3**

1. Дискоидная красная волчанка.

2. По современным представлениям патогенез красной волчанки является сложным, включает участие иммунных, генетических, метаболических, нейроэндокринных и экзогенных факторов. Провоцирующими активаторами могут быть инфекции, УФО, лекарственные воздействия. У больных КВ обнаруживают угнетение Т-клеточного звена и повышение В-клеточного звена иммунной системы, высокий уровень IgA, М,



G, циркулирующих иммунных комплексов, антител против ДНК и РНК, клетки красной волчанки (ЛЕ-клетки).

3. Дифференциальная диагностика с СКВ, розацеа, полиморфным фотодерматозом, псориазом, себорейной экземой, лимфоцитомой, ознобленной волчанкой, туберкулезной волчанкой, эозинофильной гранулемой лица, эритематозной пузырчаткой, лимфоцитарной инфильтрацией Jessner-Kanof, красным плоским лишаем, медикаментозными токсидермиями, дерматомиозитом, синдромом Лассюэра-Литтля.

4. Общее лечение:

- Антималарийные препараты (гидроксихлорохин 5-6 мг/кг/сут)
- Антиоксиданты (альфа-токоферол по 50-100 мг/сут)

Местное лечение:

- Топические глюкокортикостероидные препараты 2 класса
- Рациональная одежда, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60).

5. Защита кожи от солнечного облучения, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60), рациональная одежда, диспансерное наблюдение у дерматолога.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Дискоидная красная волчанка.
2. Провоцирующим фактором стала инсоляция.
3. По современным представлениям патогенез красной волчанки является сложным, включает участие иммунных, генетических, метаболических, нейроэндокринных и экзогенных факторов. Провоцирующими активаторами могут быть инфекции, УФО, лекарственные воздействия. У больных КВ обнаруживают угнетение Т-клеточного звена и повышение В-клеточного звена иммунной системы, высокий уровень IgA, M, G, циркулирующих иммунных комплексов, антител против ДНК и РНК, клетки красной волчанки (ЛЕ-клетки).

#### 4. Общее лечение:

- Антималарийные препараты (гидроксихлорохин 5-6 мг/кг/сут)
- Антиоксиданты (альфа-токоферол по 50-100 мг/сут)
- Ретиноиды (ацитретин, этретинат, изотретиноин 40-50 мг)

#### Местное лечение:

- Топические глюкокортикостероидные препараты 2 класса
- Рациональная одежда, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60).

5. Отсутствие прогрессирования заболевания, уменьшение клинических проявлений и субъективных симптомов, нормализация лабораторных показателей.

#### **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.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие нарушения иммунной системы характерны для данного заболевания?
3. Назовите классическую триаду симптомов для данного заболевания?
4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с полиморфным фотодерматозом и ограниченным псориазом.
5. Перечислите критерии эффективности лечения.

#### **Ответ к задаче №5**

1. Дискоидная кожная волчанка
2. У больных красной волчанкой обнаруживают угнетение Т-клеточного звена и повышение В-клеточного звена иммунной системы, высокий уровень IgA, M, G, циркулирующих иммунных комплексов, антител против ДНК и РНК, клетки красной волчанки (ЛЕ-клетки).
3. Классическая триада симптомов дискоидной красной волчанки: эритема, фолликулярный гиперкератоз, рубцовая атрофия
4. При полиморфном фотодерматозе зимой наступает улучшение, не бывает высыпаний на волосистой части головы и красной кайме губ, слизистой рта; нет фолликулярного кератоза и атрофии кожи, нередко отмечается зуд. Для ограниченного псориаза характерно отсутствие снежно – белого свечения в лучах лампы Вуда, атрофии и фолликулярного кератоза, наличие характерной для псориаза триады симптомов, нередкий зуд.
5. Отсутствие прогрессирования заболевания, уменьшение клинических проявлений и субъективных симптомов, нормализация лабораторных показателей.

#### **11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Сбор анамнеза у больных красной волчанкой.

2. Осмотр больных, определение морфологических элементов, их интерпретация.
3. Дополнительные методы исследования: симптом шипиков, Бенье-Мещерского, симптом «скомканной папиросной бумаги».
4. Интерпретация лабораторных методов исследования.
5. Интерпретация дополнительных методов исследования.
6. Выписка рецептов.

## 12. Примерная тематика НИР по теме.

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.

## 13. 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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		



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 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

**1.Тема:** «Склеродермия. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение»

**2. Форма организации учебного процесса:** клиническое практическое занятие

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

**3. Значение темы:** Знание клинических особенностей склеродермии необходимо дерматологам в повседневной работе для проведения адекватного лечения.

### **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 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 курируемым больным локальный статус;

– провести диагностические тесты, позволяющие верифицировать данное заболевание,

**- владеть:**

– составлением и обоснованием алгоритмов обследования и лечения больных склеродермией.

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

**5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

**6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин.- 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации



			лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## 7. Аннотация (краткое содержание 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 кистеобразные 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: 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, ЭКГ; 4. капилляроскопия; 5. 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 г 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 иммунодепрессанты, 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; кислородотерапия (п/к, ГБО); акупунктура, лазеропунктура; озонотерапия; ванны сероводородные, углекисло-рапные, йодобромные, радоновые и др. Массаж сегментарный, комбинированный, общий, локальный. Криомассаж. Лечебная гимнастика.

## **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Этиология склеродермии.
2. Патогенез склеродермии.
3. Характеристика клинических форм склеродермии.
4. Диагностика склеродермии.
5. Лечение больных склеродермией.
6. Диспансеризация больных склеродермией.

## **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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.

Правильный ответ: в

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;
- д) morphea.

Правильный ответ: в

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.

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: г

5. Самым ранним симптомом диффузной 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.

Правильный ответ: г

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.

Правильный ответ: в

7. Препаратом базисной терапии системной склеродермии является: (ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- а) преднизолон;
- б) метотрексат;
- в) азатиоприн;
- г) купренил;
- д) делагил.

Правильный ответ: г

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.

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: г

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.

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: б

12. Какой из препаратов оказывает антисеротониновое действие? (ПК-6, ПК-8)

- а) тигазон;
- б) пипольфен;
- в) кетотифен;
- г) перитол;
- д) фенкарол.

Правильный ответ: г

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.

Правильный ответ: в

## **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

### **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 х 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.

### **Ответ к задаче №1**

1. Ограниченная склеродермия (линейная форма).

2. - Биопсия (различная степень воспаления, склероз дермы).

- Анализ крови (характерна эозинофилия).

- Исследование на антиядерные антитела (типично для генерализованных форм).

3. - Бляшечная склеродермия (единичные, множественные очаги)

- Линейная (полосовидные очаги на конечностях, лобно-височная - «удар саблей», прогрессирующая гемиатрофия лица – синдром Парри-Ромберга).

- Пятнистая (болезнь белых пятен, болезнь Пазини-Пьерини).

- Локализованная узловатая подкожная склеродермия.

4. - Витилиго: депигментированные пятна

- Анетодермия: пятнистая атрофия

- Лишай склеротический и атрофический: фолликулярный гиперкератоз, разрушение эластических волокон.

- Атрофодермия идиопатическая прогрессирующая (болезнь Пьерини-Пазини): доброкачественная атрофия без склероза (сочетание со склеродермией возможно).

- Псевдосклеродермия: после инъекций витамина К и др. лекарств.

- Системный склероз: отсутствует феномен Рейно, поражение внутренних органов.

- Болезнь Бушке: острое начало, постинфекционное состояние.

- Кольцевидная гранулема, эозинофильный фасциит.

5.- Течение доброкачественное, как правило, очаги со временем смягчаются, но гиперпигментация хроническая. Редко при глубоких поражениях возможны инвалидизирующие деформации. Активное лечение показано в случае прогрессирующей, генерализованной и линейной инвалидизирующей форм заболевания.

- Местное применение растворов или кремов с кортикостероидами (группы 2-3). Инъекции в очаги с осторожностью, так как возможна обширная атрофия.

- Физиотерапия: массаж и ультразвук ежедневно по 15 мин.

- Упражнения на растяжение конечностей, лимфодренаж

- Пенициллин G 10 млн ME в день в течение 30 мин – 14 дней. или эритромицин 500 мг 2 раза, доксициклин 100 мг 2-3 недели.

- В случае быстрого прогрессирования заболевания системные кортикостероиды (30-40 мг/сут), снижая в течение 6-8 недель. Это лечение не изменяет естественного течения заболевания.

- Солнцезащитные мероприятия, так как очаги под воздействием солнечного излучения темнеют.

- Пластическая хирургия помогает в случаях с наличием рубцов и контрактур.

### **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?

#### **Ответ к задаче №2**

1. Ограниченная склеродермия (бляшечная форма)
2. Причина неизвестна. Ассоциации с инфекцией *Yersinia*, травмами, менопаузой, беременностью скорее случайные, чем носят причинный характер. Феномен Рейно и склеродактилия ассоциируются с системным склерозом и не являются признаками ограниченной склеродермии.
3. - Бляшечная склеродермия (единичные, множественные очаги)
  - Линейная (полосовидные очаги на конечностях, лобно-височная - «удар саблей», прогрессирующая гемиатрофия лица – синдром Парри-Ромберга).
  - Пятнистая (болезнь белых пятен, болезнь Пазини-Пьерини).
  - Локализованная узловатая подкожная склеродермия.
4. - Биопсия (различная степень воспаления, склероз дермы).
  - Анализ крови (характерна эозинофилия).
  - Исследование на антиядерные антитела (типично для генерализованных форм).
5. - Витилиго: депигментированные пятна
  - Анетодермия: пятнистая атрофия
  - Лишай склеротический и атрофический: фолликулярный гиперкератоз, разрушение эластических волокон.
  - Атрофодермия идиопатическая прогрессирующая (болезнь Пьерини-Пазини): доброкачественная атрофия без склероза (сочетание со склеродермией возможно).
  - Псевдосклеродермия: после инъекций витамина К и др. лекарств.
  - Системный склероз: отсутствует феномен Рейно, поражение внутренних органов.
  - Болезнь Бушке: острое начало, постинфекционное состояние.
  - Кольцевидная гранулема, эозинофильный фасциит.

#### **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 голенях. 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.

### **Ответ к задаче №3**

1. Склеродермия бляшечная форма
2. Причина неизвестна. Ассоциации с инфекцией *Yersinia*, травмами, менопаузой, беременностью скорее случайные, чем носят причинный характер. Феномен Рейно и склеродактилия ассоциируются с системным склерозом и не являются признаками ограниченной склеродермии.
3. - Бляшечная склеродермия (единичные, множественные очаги)
  - Линейная (полосовидные очаги на конечностях, лобно-височная - «удар саблей», прогрессирующая гемиатрофия лица – синдром Парри-Ромберга).
  - Пятнистая (болезнь белых пятен, болезнь Пазини-Пьерини).
  - Локализованная узловатая подкожная склеродермия.
4. - Биопсия (различная степень воспаления, склероз дермы).
  - Анализ крови (характерна эозинофилия).
  - Исследование на антиядерные антитела (типично для генерализованных форм).
  - У больных с генерализованным поражением система обследования и адекватного скрининга не разработана.
5. - Активное лечение показано в случае прогрессирующей, генерализованной и линейной инвалидизирующей форм заболевания.

#### Рекомендуемые методы лечения

- Местное применение растворов или кремов с кортикостероидами (группы 2-3). Инъекции в очаги с осторожностью, так как возможна обширная атрофия.
- Физиотерапия: массаж и ультразвук ежедневно по 15 мин.
- При линейной форме упражнения на растяжение конечностей, лимфодренаж
- Пенициллин G 10 млн ME в день в течение 30 мин – 14 дней. Или эритромицин 500 мг 2 раза, доксициклин 100 мг 2-3 недели.
- В случае быстрого прогрессирования заболевания системные кортикостероиды (30-40 мг/сут), снижая в течение 6-8 недель. Это лечение не изменяет естественного течения заболевания.
- Иммуносупрессивные препараты (метотрексат, циклоспорин) в качестве короткой терапевтической попытки на 3-6 мес.
- Солнцезащитные мероприятия, так как очаги под воздействием солнечного излучения темнеют.
- Пластическая хирургия помогает в случаях с наличием рубцов и контрактур.
- Сообщения об эффективном действии системной ПУВА-терапии и ПУВА-ванна-терапии.

### **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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Подострая кожная красная волчанка.
2. По современным представлениям патогенез красной волчанки является сложным, включает участие иммунных, генетических, метаболических, нейроэндокринных и экзогенных факторов. Провоцирующими активаторами могут быть инфекции, УФО, лекарственные воздействия. У больных КВ обнаруживают угнетение Т-клеточного звена и повышение В-клеточного звена иммунной системы, высокий уровень IgA, M, G, циркулирующих иммунных комплексов, антител против ДНК и РНК, клетки красной волчанки (ЛЕ-клетки).
3. При сборе анамнеза необходимо уточнить профессию больного, частоту и длительность его пребывания под солнечными лучами или на морозе и ветре, расспросить о предшествующих приемах лекарственных препаратов, усиливающих действие солнечного света. Обратит внимание на наличие у больного очагов хронической инфекции и интеркуррентных заболеваний, способных вызвать заболевание.
4. Общий анализ крови. ЛЕ-клетки (волчаночные клетки). Антинуклеарные антитела (АНА). Прямая и непрямая РИФ. Гистологическое исследование
5. Защита кожи от солнечного облучения, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60), рациональная одежда, диспансерное наблюдение у дерматолога.

#### **Задача № 1**

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.

### **Ответ к задаче №1**

1. Дерматомиозит - редкая хроническая идиопатическая воспалительная миопатия, которая характеризуется симметричным поражением проксимальных мышц и типичными очагами на коже.

2. - Гистологическое исследование мышечной ткани (биопсия кожи не помогает в постановке диагноза).

- Характерны некроз и регенерация мышечных волокон, атрофия мышечных фасций, воспалительные изменения сосудов.

- Электромиография (функциональная оценка мышц), магнитно-резонансная спектроскопия.

- Концентрация мышечных ферментов: креатинфосфокиназа, альдолаза.

- Капилляроскопия ногтевого валика.

- Тщательный скрининг на наличие злокачественных опухолей.

3. Консультация онколога. В 30% случаев дерматомиозит взрослых ассоциируется со злокачественными заболеваниями внутренних органов. В анамнезе у больного потеря веса до 20кг в течение 6 месяцев.

4. Течение заболевания различно скоротечное и быстро прогрессирующее, хроническое и рецидивирующее, спонтанная ремиссия Ассоциация со специфическими антителами: в случаях ассоциации с Mi2 – хроническое течение, с РНК синтетазой – тяжелое течение, поражение легких.

5. - Кортикостероиды системные 1 мг/кг 1-6 недель, снижая до min поддерживающих доз, которые следует принимать в течение 1 года под контролем (а далее в течение нескольких лет). Возможна пульс-терапия 500-1000 мг/день в/в, в течение 3-х дней.

- Иммуносупрессивные средства

- метотрексат 1 раз в неделю 7,5-15 мг или 25 мг в/м еженедельно.

- азатиоприн, циклофосфамид, хлорамбуцил, циклоспорин А.

- Иммуноглобулины внутривенные 0,3-0,4 мг/кг день, 5 дней. 3-х дневные курсы ежемесячно 3-6 мес. Плазмаферез не дает эффекта.

- В случае зуда – антигистаминные препараты.

- Солнцезащитные средства.

- Двигательные упражнения, правильное питание, физиотерапия, трудотерапия.

- При амиопатическом ДМ.

- гидроксихлорохин 2,5 мг/кг ежедн., небольшие дозы системных кортикостероидов, солнцезащитные экраны.

- Такое сочетание предотвращает или замедляет заболевание мышц и развитие кальциноза.

### **11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Сбор анамнеза у больных склеродермией.

2. Осмотр больных, определение морфологических элементов, их интерпретация.

3. Интерпретация лабораторных методов исследования.

4. Выписка рецептов.

### **12. Примерная тематика НИР по теме.**

1. Дифференциально-диагностические критерии склеродермии.
2. Алгоритм обследования больных склеродермией.
3. Алгоритм лечения больных склеродермией

### 13. 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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		



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 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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

**3. Значение темы:** Знание клинических особенностей дерматомиозита необходимо дерматологам в повседневной работе для проведения адекватного лечения.

### **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 дерматомиозита
- знать:**
- этиологические и патогенетические факторы развития дерматомиозита,
  - классификацию
  - особенности клинических проявлений дерматомиозита,
- уметь:**
- собрать анамнестические данные у больных, страдающих дерматомиозитом,
  - написать по курируемому больным локальный статус,

- провести диагностические тесты, позволяющие верифицировать данное заболевание,

**- владеть:**

- алгоритмами обследования больных дерматомиозитом

#### **4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

#### **5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

#### **6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин.- 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации



			лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

### 7. Аннотация (краткое содержание 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. Дерматомиозит первичный (идиопатический). Дерматомиозит вторичный (паранеопластический): общий АГ в опухолях и мышцах; возраст старше 60 лет – дерматомиозит 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 – «пойкилодерматомиозит»;

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 Кристчена-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. дерматомиозит – 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.).

### **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Классификация дерматомиозита.
2. Этиология дерматомиозита.
3. Патогенез дерматомиозита.
4. Характеристика клинических форм дерматомиозита.
5. Диагностика дерматомиозита.
6. Лечение больных дерматомиозитом.

### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

Правильный ответ: г

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

Правильный ответ: а

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

Правильный ответ: д

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

Правильный ответ: д

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

Правильный ответ: д

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

Правильный ответ: д

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.

Правильный ответ: г

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.

Правильный ответ: б

9. Различают следующие формы дерматомиозита: (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) первичный и вторичный

- б) третичный
  - в) латентный
  - г) рецидивирующий
  - д) хроническая
- Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: б

### 10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

#### 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?

#### Ответ к задаче №1

1. Дерматомиозит.
2. - Периорбитальная лиловая эритема и отек – гелиотропная сыпь.  
- Симптом Готтрона – лиловые папулы и бляшки на поверхностях выступающих костей: межфаланговых суставов, пястнофаланговых, локти, колени, лодыжки.  
- «Симптом шали» - лиловая эритема на задней поверхности шеи и задней поверхности плеч.  
- V-симптом: фиолетовая эритема на передней поверхности шеи и грудной клетки.  
- Пойкилодермия (эритема, телеангиэктазия, гипо- и гиперпигментация, атрофия). Типична на верхней части груди, задней поверхности плеч, ягодиц и спины.
3. Усталость – типичная жалоба, также пациентам трудно бывает расчесывать волосы, подниматься вверх по лестнице или вставать со стула, не прибегая к помощи рук.

4. Консультация онколога. В 30% случаев дерматомиозит взрослых ассоциируется со злокачественными заболеваниями внутренних органов. В анамнезе у больной потеря веса до 15 кг.

5. Течение заболевания различно скоротечное и быстро прогрессирующее, хроническое и рецидивирующее, спонтанная ремиссия Ассоциация со специфическими антителами: в случаях ассоциации с Mi2 – хроническое течение, с РНК синтетазой – тяжелое течение, поражение легких.

### **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.

### **Ответ к задаче №2**

1. Дерматомиозит - редкая хроническая идиопатическая воспалительная миопатия, которая характеризуется симметричным поражением проксимальных мышц и типичными очагами на коже.

2. - Гистологическое исследование мышечной ткани (биопсия кожи не помогает в постановке диагноза).

- Характерны некроз и регенерация мышечных волокон, атрофия мышечных фасций, воспалительные изменения сосудов.

- Электромиография (функциональная оценка мышц), магнитно-резонансная спектроскопия.

- Концентрация мышечных ферментов: креатинфосфокиназа, альдолаза.

- Капилляроскопия ногтевого валика.

- Тщательный скрининг на наличие злокачественных опухолей.

3. Консультация онколога. В 30% случаев дерматомиозит взрослых ассоциируется со злокачественными заболеваниями внутренних органов. В анамнезе у больного потеря веса до 20 кг в течение 6 месяцев.

4. Течение заболевания различно скоротечное и быстро прогрессирующее, хроническое и рецидивирующее, спонтанная ремиссия Ассоциация со специфическими антителами: в случаях ассоциации с Mi2 – хроническое течение, с РНК синтетазой – тяжелое течение, поражение легких.

5. - Кортикостероиды системные 1 мг/кг 1-6 недель, снижая до min поддерживающих доз, которые следует принимать в течение 1 года под контролем (а далее в течение нескольких лет). Возможна пульс-терапия 500-1000 мг/день в/в, в течение 3-х дней.

- Иммуносупрессивные средства

- метотрексат 1 раз в неделю 7,5-15 мг или 25 мг в/м еженедельно.

- азатиоприн, циклофосфамид, хлорамбуцил, циклоспорин А.

- Иммуноглобулины внутривенные 0,3-0,4 мг/кг день, 5 дней. 3-х дневные курсы ежемесячно 3-6 мес. Плазмаферез не дает эффекта.

- В случае зуда – антигистаминные препараты.

- Солнцезащитные средства.

- Двигательные упражнения, правильное питание, физиотерапия, трудотерапия.

- При амиопатическом ДМ.

- гидроксихлорохин 2,5 мг/кг ежедн., небольшие дозы системных кортикостероидов, солнцезащитные экраны.

- Такое сочетание предотвращает или замедляет заболевание мышц и развитие кальциноза.

### 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?

### Ответ к задаче №3

1. Дерматомиозит - редкая хроническая идиопатическая воспалительная миопатия, которая характеризуется симметричным поражением проксимальных мышц и типичными очагами на коже.

2. - Аутоиммунное заболевание соединительной ткани неизвестной этиологии.

- В процесс вовлечены клеточный и гуморальный иммунные ответы.

- В 15-20% случаев обнаруживают специфические для миозита антитела Mi 2, у некоторых пациентов – антитела к транспортной РНК-синтетазе.

3. Консультация онколога. В 30% случаев дерматомиозит взрослых ассоциируется со злокачественными заболеваниями внутренних органов. В анамнезе у больной злокачественное новообразование.

4. У 10% пациентов поражение мышц не регистрируется. Отсутствует мышечная слабость и лабораторные признаки миозита. Заболевание может развиваться в течение месяцев и лет. Контроль в течение многих лет может показывать стабильность кожных изменений и отсутствие миозита.

5. Течение заболевания различно скоротечное и быстро прогрессирующее, хроническое и рецидивирующее, спонтанная ремиссия

Ассоциация со специфическими антителами: в случаях ассоциации с Mi2 – хроническое течение, с РНК синтетазой – тяжелое течение, поражение легких.

#### **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?

#### **Ответ к задаче №4**

1. Ювенильный дерматомиозит

2.- Аутоиммунное заболевание соединительной ткани неизвестной этиологии.

- В процесс вовлечены клеточный и гуморальный иммунные ответы.

- В 15-20% случаев обнаруживают специфические для миозита антитела Mi 2, у некоторых пациентов – антитела к транспортной РНК-синтетазе.

3. У детей заболевание протекает тяжелее. Более тяжелые поражения сосудов, изъязвления на коже, выраженная фоточувствительность. Контрактуры суставов и атрофия. У 40-70% детей обызвествление подкожной клетчатки (источник инвалидности). Кальциноз и поражение внутренних органов встречаются чаще, чем у взрослых. Злокачественные образования редкие. Лечение кортикостероидами и иммуносупрессивными препаратами.

4. - Гистологическое исследование мышечной ткани (биопсия кожи не помогает в постановке диагноза). Характерны некроз и регенерация мышечных волокон, атрофия мышечных фасций, воспалительные изменения сосудов.

- Электромиография (функциональная оценка мышц), магнитно-резонансная спектроскопия.

- Концентрация мышечных ферментов: креатинфосфокиназа, альдолаза.

- Капилляроскопия ногтевого валика.

- Тщательный скрининг на наличие злокачественных опухолей.



5. С контактным дерматитом, красной волчанкой (системной, дискоидной), псориазом, полиморфным фотодерматозом.

#### **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?

#### **Ответ к задаче №5**

1. Дерматомиозит.
- 2.- Периорбитальная лиловая эритема и отек – гелиотропная сыпь.
  - Симптом Готтрона – лиловые папулы и бляшки на поверхностях выступающих костей: межфаланговых суставов, пястнофаланговых, локти, колени, лодыжки.
  - «Симптом шали» - лиловая эритема на задней поверхности шеи и задней поверхности плеч.
  - V-симптом: фиолетовая эритема на передней поверхности шеи и грудной клетки.
  - Пойкилодермия (эритема, телеангиэктазия, гипо- и гиперпигментация, атрофия). Типична на верхней части груди, задней поверхности плеч, ягодиц и спины.
3. Усталость – типичная жалоба, также пациентам трудно бывает расчесывать волосы, подниматься вверх по лестнице или вставать со стула, не прибегая к помощи рук.
4. Консультация онколога. В 30% случаев дерматомиозит взрослых ассоциируется со злокачественными заболеваниями внутренних органов. В анамнезе у больной потеря веса до 20кг.
5. Течение заболевания различно скоротечное и быстро прогрессирующее, хроническое и рецидивирующее, спонтанная ремиссия Ассоциация со специфическими антителами: в случаях ассоциации с Mi2 – хроническое течение, с РНК синтетазой – тяжелое течение, поражение легких.

#### **11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Сбор анамнеза у больных дерматомиозитом.
2. Осмотр больных, определение морфологических элементов, их интерпретация.
3. Дополнительные методы исследования: «симптом рубашки», «симптом лестницы».
4. Интерпретация лабораторных методов исследования.
5. Интерпретация дополнительных методов исследования.
6. Выписка рецептов.

## 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Дифференциально-диагностические критерии дерматомиозита.
2. Алгоритм обследования больных дерматомиозитом.
3. Алгоритм лечения больных дерматомиозитом.

## 13. 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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		



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 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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные(объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

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

### **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.

#### **4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, лаборатория кожно-венерологического диспансера.

#### **5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

#### **6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором

			практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

### 7. Аннотация (краткое содержание темы).

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 эндоцитобиозу; в процессе фагоцитоза заключаются в полимембранную фагосому и длительно сохраняются, защищенные от воздействия антител и антибиотиков. Это неустойчивое равновесие может сохраняться длительно, формируя скрытое течение сифилитической инфекции. При снижении активности иммунных резервов организма больного 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. Бледная трепонема не устойчива во внешней среде. Культивирование на питательных средах возможно, но требует сложных специальных сред и анаэробной установки.

Варианты клинической симптоматики и периодизации сифилиса возникают как проявление сложных взаимоотношений возбудителя и макроорганизма.

В ответ на внедрение возбудителя формируются как местная клеточная реакция (твердый шанкр), так и гуморальная (иммуноглобулины А, М, G) – первичный период сифилиса. Реакция лимфатических узлов проявляется вначале в виде регионарного лимфаденита, затем полиаденита.

Через 9 – 11 недель появляются генерализованные элементы в виде инфекционной розеолы (характерной для многих инфекций), папул и при злокачественном течении – пустул (вторичный период сифилиса). Чередование активных и скрытых периодов течения вторичного сифилиса обусловлено различными вариантами взаимоотношения иммунологических факторов по выработке защитных антител и реакций инфекционной специфической аллергии.

Третичный сифилис также характеризуется стадийным течением. При активизации появляются специфические инфекционные гранулемы в виде бугорков и гумм.

Сифилис может протекать скрыто как с самого начала, так и с любого его этапа развития, особенно, если человек принимал/принимает антибиотики (по поводу сопутствующих заболеваний).

На начальном этапе сифилиса возможны общие явления интоксикации, как при обычном инфекционном процессе. В дальнейшем органная патология может проявляться разнообразно: гепатит, панкреатит, нефрозонефрит, или с поражением опорно-двигательного аппарата, нервной системы. В позднем третичном периоде формируется поздний висцеральный сифилис, нейросифилис (спинная сухотка, прогрессивный паралич).

Иммунитет при сифилисе носит нестерильный, инфекционный характер. Следует различать 3 понятия: реинфекция, суперинфекция и ресуперинфекция.

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. Наблюдается не только увеличение общего числа



вновь зарегистрированных случаев нейросифилиса, но и преобладание его поздних форм. Так, в 2010 году удельный вес поздних форм нейросифилиса составил 70,1%. Отмечается улучшение эпидемиологической ситуации в отношении заболеваемости врожденным сифилисом в целом по Российской Федерации. Так, в 2007 году было зарегистрировано 325 случаев врожденного сифилиса, в 2009 и 2010 годах аналогичный показатель значительно снизился и составил 190 и 175 случаев соответственно.

Классификация. В настоящее время в России используется международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), которая не всегда адекватно отражает клинические формы заболевания. Так, А51.4 (другие формы вторичного сифилиса) включает раннее поражение нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата. Также нет деления асимптомного нейросифилиса на ранний и поздний, вследствие чего все больные с бессимптомным течением нейросифилиса независимо от давности заболевания относятся к позднему сифилису (А 52.2). Следует отметить, что шифр, оканчивающийся цифрой 9 (А50.9; А51.9, А52.9 и А53.9), а также А50.2 и А50.7 отражают формы инфекции, не подтвержденные лабораторными методами диагностики, являясь «корзиной, в которую сбрасываются неправильно оформленные извещения».

### **А50 Врожденный сифилис**

#### *А50.0 Ранний врожденный сифилис с симптомами*

Любое врожденное сифилитическое состояние, уточненное как раннее или проявившееся в возрасте до двух лет.

*Ранний врожденный сифилис:*

- кожи;
- кожи и слизистых оболочек;
- висцеральный.

*Ранний врожденный сифилитический (ая):*

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

#### *А50.1 Ранний врожденный сифилис скрытый*

Врожденный сифилис без клинических проявлений, с положительной серологической реакцией и отрицательным тестом спинномозговой жидкости в возрасте до двух лет.

#### *А50.2 Ранний врожденный сифилис неуточненный*

Врожденный сифилис БДУ, проявившийся в возрасте до двух лет.

#### *А50.3 Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз*

Поздний врожденный сифилитический интерстициальный кератит (Н19.2).

Поздняя врожденная сифилитическая окулопатия (Н58.8).

Исключена триада Гетчинсона (А50.5).

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

- Деменция паралитическая ювенильная.
- Ювенильный (ая):
  - прогрессивный паралич;
  - спинная сухотка;
  - табопаралич.

■ Поздний врожденный сифилитический (ая):

- энцефалит (G05.0);
- менингит (G01);
- полиневропатия (G63.0).

При необходимости идентифицировать любое связанное с данным заболеванием психическое расстройство используют дополнительный код. Исключена: триада Гетчинсона (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 (198);
- 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 (179.0);
  - аортальная недостаточность (139.1);
  - аортит (179.1);
  - церебральный артериит (168.1);
  - эндокардит БДУ (139.8);
  - миокардит (141.0);
  - перикардит (132.0);
  - легочная недостаточность (139.3).

*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.

### **8. Вопросы по теме занятия.**

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

### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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.

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: в

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.

Правильный ответ: д

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.

Правильный ответ: а

6. Цисты бледных трепонем являются: (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- а) неживыми организмами;
- б) живыми организмами;
- в) дегенеративными организмами;

- г) размножающимися;
- д) движущимися.

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: в

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.

Правильный ответ: б

10. При регрессе папулезных сифилидов возникающее шелушение распространяется:

- а) от периферии к центру; (УК-1, ПК-1)
- б) от центра к периферии;
- в) по всей поверхности папулы;
- г) по правой половине папулы;
- д) по левой половине папулы.

Правильный ответ: б

## **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

### **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.

**ВОПРОСЫ:**

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.

**Ответ к задаче №1.**

1. Первичный сифилис других локализаций.
2. Серологические реакции на сифилис.
3. Ангина, абсцесс миндалины.
4. Лечение антибиотиками согласно протокола.
5. Клинико-серологический контроль согласно протокола.

### **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.

**ВОПРОСЫ:**

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.

**Ответ к задаче №2.**

1. Первичный сифилис половых органов.
2. Серологические реакции на сифилис.
3. Шанкриформная пиодермия, эрозивно-язвенный баланопостит, раковая язва.

4. Лечение антибиотиками согласно протокола.
5. Клинико-серологический контроль согласно протокола.

### **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 38<sup>0</sup>С, 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 1х3 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.

**ВОПРОСЫ:**

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.

**Ответ к задаче №3.**

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. Серологические реакции на сифилис.
3. Тонзиллит, ларингит. Токсикодермия, розовый лишай Жибера, розела при других инфекциях.
4. Лечение антибиотиками согласно протокола.
5. Клинико-серологический контроль согласно протокола.

### **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.



#### ВОПРОСЫ:

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.

#### Ответ к задаче №4.

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. Серологические реакции на сифилис.
3. Псориаз, бородавки ладоней и подошв. Остроконечные кондиломы, геморроидальные узлы.
4. Лечение антибиотиками согласно протокола.
5. Клинико-серологический контроль согласно протокола.

#### 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 гиперемированным венчиком по периферии. Папулы почти не выступают над окружающей слизистой оболочкой.

#### ВОПРОСЫ:

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.

#### Ответ к задаче №5.

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. Серологические реакции на сифилис.
3. Псориаз, красный плоский лишай, очаговое облысение. Ларингит, красный плоский лишай на слизистой полости рта, кандидозный стоматит.

4. Лечение антибиотиками согласно протокола.
5. Клинико-серологический контроль согласно протокола.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Знать методики забора материала для лабораторного исследования на сифилис;
2. Уметь интерпретировать результаты лабораторного исследования.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

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.

### 13. 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека а КрасГМУ  2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека а КрасГМУ  2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека а		

			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		
8.	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804</a>	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014.		

«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 №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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

**Методы обучения:** интерактивные (деловая и ролевая игра) .

**3. Значение темы.** Знание клинических проявлений сифилиса необходимо врачу дерматовенерологу для диагностики и дальнейшего лечения сифилитической инфекции.

### **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.

#### 4. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

#### 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

#### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащённость
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г) интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль	90	Тесты по теме, ситуационные

	знаний (письменно или устно).		задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

**7. Аннотация** (краткое содержание 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 трепонемостойких 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 (импетиализация, баланопостит, вульвовагинит, фимоз, парафимоз, гангренизация, фагеденизм).

*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), папулопустулезный (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 – Геркстгеймера) 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 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, параспориоз 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.

#### **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Клинические проявления первичного сифилиса.
2. Клинические проявления вторичного сифилиса.
3. Особенности проявлений третичного сифилиса на современном этапе.
4. Скрытый сифилис.

#### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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.

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: в

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.

Правильный ответ: д

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.

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: а

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

Правильный ответ: а

8. ТВЕРДЫЙ ШАНКР ПРЕДСТАВЛЕН (УК-1, ПК-1, ПК-6):

а) чешуйкой

б) пятном

в) бугорком

г) язвой

д) лихенификацией

правильный ответ: г.

9. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ТВЕРДОГО ШАНКРА (УК-1, ПК-1, ПК-6):

а) генитальные

б) эзофагальные

в) подмышечные

г) ягодичные

д) слизистые

правильный ответ: а.

10. К АТИПИЧНЫМ ТВЕРДЫМ ШАНКРАМ ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6):

- а) индуративный отек
- б) широкие кондиломы
- в) эктима
- г) фликтена
- д) баланит

правильный ответ: а.

### **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

#### **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.

#### **Ответ к задаче №1**

1. Врач-отоларинголог должен был направить больную на консультацию к венерологу.
2. Первичный сифилис других локализаций.
3. Обнаружение бледной трепонемы с помощью микроскопии в темном поле; полимеразная цепная реакция (ПЦР); серологические тесты на сифилис.
4. Лакунарная ангина, дифтерия, ангина Венсана
5. Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №2**

1. Первичный сифилис половых органов.
2. Уролог должен направить больного на консультацию к венерологу.
3. Твердый шанкр осложненный фимозом
4. Шанкр – амигдалит, шанкр – панариций, индуративный отек.
5. Пенициллины: дюранные, средней дюрантности, водорастворимые, полусинтетические  
- Тетрациклины: доксициклин, тетрациклин.

- Макролиды: эритромицин.
- Цефалоспорины: цефтриаксон.

### **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.

#### **Ответ к задаче №3**

1. Первичный сифилис других локализаций.
2. Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный.
3. Специфическое, превентивное, профилактическое, пробное.
4. Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, у которых с момента контакта прошло не более 2 месяцев, показано превентивное лечение.

Лицам, у которых, с момента контакта с больным ранним сифилисом прошло от 2 до 4 месяцев, проводится двукратное клинико-серологическое обследование с интервалом в 2 месяца; если с момента контакта прошло более 4 месяцев, проводится однократное клинико – серологическое обследование.

5. первичная - работа с группами здоровых людей, предоставление им информации о заболевании с целью изменения их поведения в сторону уменьшения риска инфицирования сифилисом;

вторичная — 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.

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.

### **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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Врач – гинеколог должен направить больную на консультацию к венерологу.
2. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
3. Лабораторные исследования

Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле; РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР. Обязательное обследование половых партнеров. Назначение им превентивного или специфического лечения.

4. С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов блох.

5. Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения заболевания.

⌘ Пенициллины: дюрантные, средней дюрантности, водорастворимые, полусинтетические

⌘ Тетрациклины: доксициклин, тетрациклин.

⌘ Макролиды: эритромицин.

⌘ Цефалоспорины: цефтриаксон.

#### **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?

#### **Ответ к задаче №5**

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

2. Лабораторные исследования: Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле; РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР.

3. Обязательное обследование: серологические реакции на сифилис, исключение висцеральной патологии и патологии ЦНС.

4. Ранний сифилис скрытый.

5. С диффузной алопецией неспецифической этиологии, крупноочаговой алопецией, себорейным облысением, рубцующей алопецией (псевдопеллада Брока), трихомикозами, дискоидной и диссеминированной красной волчанкой.

#### **11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Собирать анамнез и эпиданамнез у больного сифилисом;

2. Проводить пальпацию твёрдого шанкра;
3. Получать симптом дорсального хряща при сифилисе, симптом облатки, симптом козырька;
4. Проводить консультирование больных сифилисом.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

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.

### 13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm</a> 1	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.	<a href="#">Кожные и венерические болезни</a> : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева,	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

		Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.			
8.	<b>Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем</b> [Электронный ресурс] : учеб. пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017		
9.	<b>Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем</b> [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей.  Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B</a>	В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей	Красноярск : КрасГМУ, 2015		
10.	<b>Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем</b> [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B</a> .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		



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 №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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: интерактивные (деловая и ролевая игра)

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

### **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.

#### 4. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

#### 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

#### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащённость
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г) интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания

		(составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:	540	

## 7. Аннотация (краткое содержание 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) **патогномоничные** для врожденного и не встречающиеся при приобретенном сифилисе (сифилитическая пузырчатка, диффузная инфильтрация кожи Гохзингера, специфический ринит (сухая, катаральная и язвенная стадии) и остеохондрит длинных трубчатых костей Вегнера (I, II и III степени, выявляется при рентгенологическом исследовании); 2) **типичные проявления** сифилиса, встречающиеся не только при раннем врожденном, но и при приобретенном сифилисе (папулезная сыпь на конечностях, ягодицах, лице, иногда по всему телу; в местах мацерации – эрозивные папулы и широкие кондиломы; розеолезная сыпь (встречается редко), рауцедо, алопеция, поражения костей в виде периостита, остеопороза и остеосклероза, костных гумм; поражения внутренних органов в виде специфических гепатита, гломерулонефрита, миокардита, эндо- и перикардита и др., поражения центральной нервной системы в виде специфического менингита, гидроцефалии и т. д.) и 3) **общие и локальные симптомы**, встречающиеся и при других внутриутробных инфекциях: «старческий вид» новорожденного (кожа морщинистая, дряблая, грязно-желтого цвета); новорожденный малой длины и массы тела с явлениями гипотрофии, вплоть до кахексии; гипохромная анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ, тромбоцитопения; гепатоспленомегалия; хориоретинит (IV типа); онихии и паронихии. Плацента при сифилитической инфекции увеличена, гипертрофирована; ее масса составляет 1/4–1/3 (в норме 1/6 – 1/5) массы плода.

*Поздний врожденный сифилис с симптомами (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 **достоверными признаками** (триада Гетчинсона: паренхиматозный кератит, лабиринтная глухота, Гетчинсоновы зубы), **вероятными признаками** (саблевидные голени, хориоретиниты, деформации носа, лучистые рубцы вокруг рта, ягодицеобразный череп, деформации зубов, сифилитические гониты, поражение нервной системы в виде гемипарезов и гемиплегий, расстройств речи, слабоумия, церебрального детского паралича и джексоновской эпилепсии) и **дистрофиями** (утолщение грудинного конца правой ключицы, дистрофии костей черепа в виде олимпийского лба, высокое «готическое» или «стрельчатое» небо, отсутствие мечевидного отростка грудины, инфантильный мизинец, широко расставленные верхние резцы, бугорок на жевательной поверхности первого моляра верхней челюсти). Кроме того, характерны специфические поражения на коже и слизистых оболочках в виде бугорковых и гуммозных сифилидов кожи, слизистых оболочек, поражения органов и систем, особенно костной (периостит, остео периостит, гуммозный остеомиелит, остеосклероз), печени и селезенки, сердечно-сосудистой, нервной и эндокринной.

#### **8. Вопросы по теме занятия.**

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

#### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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 2мм относительно шейки зуба
  - 4) бочкообразная форма
  - 5) наличие диастемыправильный ответ: 3
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 сгибахправильный ответ: 4
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) триада Гетчинсона

- 4) саблевидная голень
  - 5) лабиринтная глухота
- правильный ответ: 2

4. ДЛЯ СИФИЛИСА ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПАТОГНОМОНИЧНО (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9):

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

правильный ответ: 1

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

правильный ответ: 2

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

правильный ответ: 2

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

правильный ответ: 2

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  
правильный ответ: 3

9. ТИПИЧНОЙ ФОРМОЙ СУЩЕСТВОВАНИЯ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-6):

- 1) спиралевидная
- 2) тетракокковая
- 3) шаровидная
- 4) треугольная
- 5) бобовидная

правильный ответ: 1

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

правильный ответ: 2

#### **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

##### **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.

##### **Ответ к задаче №1**

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов площиц.
3. Сливная, шелушащаяся, возвышающаяся, зернистая.
4. Первичный сифилис
5. Индивидуальная профилактика заболевания 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.

### **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.

### **Ответ к задаче №2**

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. Пятнистые, папулезные, пустулезные, везикулезные сифилиды; сифилитическое облысение, сифилитическая лейкодерма, остаток твердого шанкра, полиаденит.
3. Вторичная лейкодерма от дерматозов, витилиго, результат эндокринных нарушений, производственные или бытовые химические продукты.
4. Ладонно-подошвенный, себорейный, псориазiformный, эрозивный (мокнущий), широкие кондиломы.
5. Обязательное обследование жены и детей больного: осмотр, серологические реакции крови на сифилис. При необходимости консультации смежных специалистов.

### **Задача №3**

К отоларингологу обратилась больная с жалобами на неловкость при глотании. При осмотре правая миндалина резко увеличена в объеме, 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?

### **Ответ к задаче №3**

1. Первичный сифилис других локализаций.
2. Отоларинголог должен был направить больную к дерматовенерологу.
3. Сифилис – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, свойственное исключительно человеческому роду, возникающее вследствие заражения или врожденной передачи и поражающее все органы и ткани организма. Источником заражения является больной сифилисом. Инфекция передается половым, бытовым, гемотрансфузионным, трансплацентарным и профессиональным путями.



Возбудитель заболевания – бледная трепонема имеет вид спирали с 8-14 завитками. Имеются условно-патогенные формы (сапрофиты). Спирохеты встречаются на гениталиях *Sp. refringens*; *Sp. vucalis*, *Sp. dentium* встречаются в полости рта; все они отличаются от бледной трепонемы подвижностью. Для бледной трепонемы характерны следующие виды движения: поступательное, вращательное, сгибательное, маятникообразное, волнообразное. Бледная трепонема размножается путем поперечного деления. Оптимальные условия для бледной трепонемы - t 37 C; она погибает при t 41 C через 3-6 часов, при t 60 C через 5-20 минут, при t 100 C – мгновенно.

Бледная трепонема ДНК-содержащая, меняет постоянно свой фенотип. Её белковая оболочка способствует выработке разных антител в различные периоды IgM, IgA, IgG (поздние). Обязательным условием для заражения служат входные ворота (нарушение целостности кожи и слизистых). В месте внедрения бледной трепонемы в организм заразившегося человека развивается тканевая реакция на возбудитель, заключающаяся в образовании клеточного инфильтрата из лимфоцитов, плазматических клеток и нейтрофилов. Располагаясь периваскулярно, инфильтрат вызывает сдавление сосудов и нарушает трофику вышележащих слоев кожи (слизистой оболочки). Трофические нарушения усугубляются тем, что трепонема стимулирует пролиферацию эндотелия сосудов, что приводит к сужению их просвета. В результате в области «входных» ворот возникает эрозивный или язвенный дефект кожи с плотным инфильтратом у основания – твердый шанкр.

Для заболевания характерно хроническое течение с периодизацией. Выделяют первичный, вторичный и третичный периоды сифилиса.

4. Лакунарная ангина, дифтерия, ангина Венсана

5. Пенициллины: дюрантные, средней дюрантности, водорастворимые, полусинтетические; Тетрациклины: доксицилин, тетрацилин; Макролиды: эритромицин; Цефалоспорины: цефтриаксон.

#### **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

#### **Ответ к задаче №4**

1. У обоих вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. Источником заражения является больной «А»
3. Сифилис – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, свойственное исключительно человеческому роду, возникающее вследствие заражения или врожденной передачи и поражающее все органы и ткани

организма. Источником заражения является больной сифилисом. Инфекция передается половым, бытовым, гемотрансфузионным, трансплацентарным и профессиональным путями.

Возбудитель заболевания – бледная трепонема имеет вид спирали с 8-14 завитками. Имеются условно-патогенные формы (сапрофиты). Спирохеты встречаются на гениталиях *Sp. refringens*; *Sp. vucalis*, *Sp. dentium* встречаются в полости рта; все они отличаются от бледной трепонемы подвижностью. Для бледной трепонемы характерны следующие виды движения: поступательное, вращательное, сгибательное, маятникообразное, волнообразное. Бледная трепонема размножается путем поперечного деления. Оптимальные условия для бледной трепонемы - t 37 C; она погибает при t 41 C через 3-6 часов, при t 60 C через 5-20 минут, при t 100 C – мгновенно.

Бледная трепонема ДНК-содержащая, меняет постоянно свой фенотип. Её белковая оболочка способствует выработке разных антител в различные периоды IgM, IgA, IgG (поздние). Обязательным условием для заражения служат входные ворота (нарушение целостности кожи и слизистых). В месте внедрения бледной трепонемы в организм заразившегося человека развивается тканевая реакция на возбудитель, заключающаяся в образовании клеточного инфильтрата из лимфоцитов, плазматических клеток и нейтрофилов. Располагаясь периваскулярно, инфильтрат вызывает сдавление сосудов и нарушает трофику вышележащих слоев кожи (слизистой оболочки). Трофические нарушения усугубляются тем, что трепонема стимулирует пролиферацию эндотелия сосудов, что приводит к сужению их просвета. В результате в области «входных» ворот возникает эрозивный или язвенный дефект кожи с плотным инфильтратом у основания – твердый шанкр.

Для заболевания характерно хроническое течение с периодизацией. Выделяют первичный, вторичный и третичный периоды сифилиса.

4. Пятнистый сифилид нужно дифференцировать с острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов площиц.

Папулезный сифилид у больного «А» (сифилитическую заеду) необходимо дифференцировать со стрептококковой, кандидозной и арибофлавинозной заедами. Эрозивные папулы с поверхностным кандидозом кожи, эрозивной формой красного плоского лишая.

5. Индивидуальная профилактика заболевания 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.

#### **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.

#### Ответ к задаче №5

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. Заражение и классическое течение сифилиса, незаражение, самоизлечение, длительно бессимптомное течение.
3. Ладонно-подошвенный, себорейный, псориазиформный, эрозивный (мокнущий), широкие кондиломы.
4. С геморроидальными узлами, вегетирующей пузырьчаткой, остроконечными кондиломами.
5. Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный.

#### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Собирать анамнез и эпиданамнез у матери и отца больного сифилисом ребёнка;
2. Проводить работу в эпидочаге;
3. Проводить консультирование больных сифилисом.

#### 12. Примерная тематика НИР по теме.

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

#### 13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm</a> 1	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.	<a href="#">Кожные и венерические болезни</a> : 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.	<b>Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем</b> [Электронный ресурс] : учеб. пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017		
9.	<b>Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем</b> [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B</a>	В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей	Красноярск : КрасГМУ, 2015		
10.	<b>Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем</b> [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B</a> .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		

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 №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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: интерактивные (деловая и ролевая игра).

**3. Значение темы.** Врачу дерматовенерологу необходимо знать тяжелые последствия сифилиса, поражения внутренних органов и нервной системы, наличие врачебных ошибок в диагностике сифилиса.

### **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.

#### 4. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры, палаты стационара.

#### 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

#### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г) интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания

		(составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540

## 7. Аннотация (краткое содержание 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* – с новообразованиями головного и спинного мозга.

## **8. Вопросы по теме 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.

## **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

правильный ответ: 1

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
- правильный ответ: 1

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
- правильный ответ: 1

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
- правильный ответ: 2

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
- правильный ответ: 1

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
- правильный ответ: 5

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
- правильный ответ: 5

## **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

### **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 контактными лицам?
5. Какие виды лечения заболевания существуют?

### **Ответ к задаче №1**

1. Первичный сифилис половых органов.
2. Язва или эрозия (трещина), правильной геометрической формы (округлая, овальная), уплотнение в основании, цвет сырого мяса, безболезненность, при поскабливании серозное отделяемое.
3. Мягкий шанкр, шанкриформная пиодермия, острая язва Чапина-Липшютца, чесоточная эктима, кожный лейшманиоз, раковая язва, туберкулезная язва молниеносная гангрена половых органов Фурнье, гонорейные, трихомонадные язвы, травматическая язва.
4. Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, у которых с момента контакта прошло не более 2 месяцев, показано превентивное лечение.  
Лицам, у которых, с момента контакта с больным ранним сифилисом прошло от 2 до 4 месяцев, проводится двукратное клинико-серологическое обследование с интервалом в 2 месяца; если с момента контакта прошло более 4 месяцев, проводится однократное клинико – серологическое обследование.
5. Специфическое, превентивное, профилактическое, пробное.

### **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?

#### **Ответ к задаче №2**

1. Первичный сифилис половых органов.
2. Лабораторные исследования: Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле; РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР. Обязательное обследование половых партнеров. Назначение им превентивного или специфического лечения.
3. Мягкий шанкр, шанкриформная пиодермия, острая язва Чапина-Липшютца, чесоточная эктима, кожный лейшманиоз, раковая язва, туберкулезная язва, молниеносная гангрена половых органов Фурнье, гонорейные, трихомонадные язвы, травматическая язва.
4. Шанкр – амигдалит, шанкр – панариций, индуративный отек.
5. Обследованию подлежит жена.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №3**

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. Проктолог должен был направить больную на консультацию к венерологу.
3. Лабораторные исследования: Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра при микроскопии в темном поле; РМП, РИФ, ИФА, РПГА. ПЦР.
4. С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов площиц.

5. Первичная - работа с группами здоровых людей, предоставление им информации о заболевании с целью изменения их поведения в сторону уменьшения риска инфицирования сифилисом;

вторичная — 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.

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.

#### **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

#### **Ответ к задаче №4**

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. Отоларинголог должен был направить больную к дерматовенерологу
3. Сифилитическая ангина (эритематозная, папулезная, эрозивно – язвенная), сифилитическая заеда, папулезный сифилид.
4. Шанкр – амигдалит, шанкр – панариций, индуративный отек.
5. Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла, в отделяемом эрозивных папул при микроскопии в темном поле зрения; РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР.

#### **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.

**Ответ к задаче №5**

1. Возможно.
2. Обязательное обследование бытовых контактов. Назначение им превентивного или специфического лечения или проведение клинико - серологического контроля (в зависимости от результатов обследования).
3. С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов площиц.
4. Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный.
5. Заражение и классическое течение сифилиса, незаражение, самоизлечение, длительно бессимптомное течение.

**11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Собирать анамнез и эпиданамнез у больного сифилисом;
2. Проводить работу в эпидочаге;
3. Проводить консультирование больных сифилисом.

**12. Примерная тематика НИР по теме.**

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.

**13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm</a> 1	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.	<a href="#">Кожные и венерические болезни</a> : 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.	<b>Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие</b>	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017		
9.	<b>Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей.</b> Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B</a>	В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей	Красноярск : КрасГМУ, 2015		
10.	<b>Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа:</b> <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B</a> .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		

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 №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 учебного процесса: клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

**3. Значение темы.** Врачам дерматовенерологам необходимо знать диагностику сифилиса для проведения адекватного лечения.

#### 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.

#### 4. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры, лаборатория диспансера.

#### 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронные атласы кафедры и зарубежные, атласы по специальности, учебный фильм, муляжи по теме занятия.

#### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г) интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания

		(составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540

**7. Аннотация** (краткое содержание темы).

### **ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

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).

### **Общая характеристика нетрепонемных тестов:**

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

*Преимущества:* низкая стоимость, техническая простота и быстрота получения результатов.

*Показания к применению нетрепонемных тестов:*

- проведение скрининга населения на сифилис;
- определение активности течения инфекции (определение титров антител);
- контроль эффективности терапии (определение титров антител).

*Трепонемные тесты:*

- **ИФА** – иммуноферментный анализ;
- **РПГА** – реакция пассивной гемагглютинации;
- **РИФ** – реакция иммунофлуоресценции, в том числе в модификациях РИФабс и РИФ200;
- **Иммуноблоттинг**;
- **РИБТ (РИТ)** – реакция иммобилизации бледных трепонем.

**Общая характеристика трепонемных тестов:**

- применяется антиген трепонемного происхождения;
- чувствительность – 70–100% (в зависимости от вида теста и стадии сифилиса);
- специфичность – 94–100%.
- РИФ, ИФА, иммуноблоттинг (ИБ) становятся положительными с 3-й недели от момента заражения и ранее, РПГА и РИБТ – с 7–8-й.

*Преимущества:* высокая чувствительность и специфичность.

*Показания к применению трепонемных тестов:*

- подтверждение положительных результатов нетрепонемных тестов;
- подтверждение в случае расхождения результатов скринингового трепонемного теста и последующего нетрепонемного теста, а также скринингового и подтверждающего трепонемных тестов;
- проведение методами ИФА, РПГА скрининга отдельных категорий населения на сифилис (доноры, беременные, больные офтальмологических, психоневрологических, кардиологических стационаров, ВИЧ-инфицированные).

*Примечания:*

- трепонемные тесты **не могут быть использованы** для контроля эффективности терапии, т. к. антитрепонемные антитела длительно циркулируют в организме больного, перенесшего сифилитическую инфекцию;
- дают положительные результаты при невенерических трепонематозах и спирохетозах;
- могут давать ложноположительные реакции у больных с аутоиммунными заболеваниями, проказой, онкопатологией, эндокринной патологией и при некоторых других заболеваниях.

**ИФА** – высокочувствительный и специфичный тест. Чувствительность при первичном и вторичном сифилисе – 98–100%, специфичность – 96–100%. Дает возможность дифференцированного и суммарного определения IgM и IgG антител к возбудителю сифилиса.

**РПГА** – высокочувствительный и специфичный тест. Чувствительность при первичном сифилисе – 76%, при вторичном 100%, при скрытом – 94–97%, специфичность – 98–100%.

**РИФ** достаточно чувствительна на всех стадиях сифилиса (чувствительность при первичном сифилисе – 70–100%, при вторичном и позднем – 96–100%), специфичность

– 94–100%. РИФ применяется для дифференциации скрытых форм сифилиса и ложноположительных результатов исследований на сифилис.

**РИБТ** – классический тест для выявления специфических трепонемных антител; чувствительность (суммарно по стадиям сифилиса) составляет 87,7%; специфичность – 100%. Трудоемкий и сложный для постановки тест, требующий значительных средств для содержания кроликов и проведения тестирования. Сфера применения РИБТ постепенно сужается, однако она сохраняет свои позиции как «реакция-арбитр» при дифференциальной диагностике ранних скрытых форм сифилиса с ложноположительными результатами.

Метод **иммуноблоттинга**, является модификацией ИФА. Чувствительность и специфичность – 98–100%. Может применяться для подтверждения диагноза, в особенности если другие трепонемные тесты дают сомнительные и противоречивые результаты.

Относительно новыми для использования в Российской Федерации являются методы выявления трепонемоспецифических антител, основанные на методах иммунохемилюминесценции (ИХЛ) и иммунохроматографии (ИХГ). В обоих методах в качестве антигенов используются рекомбинантные липопротеины, полученные генно-инженерными методами, которые являются полными аналогами антигенов *T.pallidum* (например: антигены Tr15, Tr17, Tr47) и биосинтетический пептид TmpA. Перечисленные антигены также используются в разных сочетаниях в составе иммуносорбентов в ИФА и иммуноблоттинге.

**Метод ИХЛ**, обладающий высокой чувствительностью и специфичностью (98–100%), дает возможность количественного определения уровня антител к возбудителю сифилиса, может быть использован для подтверждения сифилитической инфекции и скрининга. *Ограничения применения:* не может быть использован для контроля эффективности терапии, может давать ложноположительный результат.

**Метод ИХГ** позволяет проводить быстрое определение содержания трепонемоспецифических антител к возбудителю сифилиса в образцах сыворотки и цельной крови без использования специального лабораторного оборудования и применяться при оказании первичной медико-санитарной помощи, в том числе по эпидемиологическим показаниям. *Ограничения применения:* не может быть использован для контроля эффективности терапии, может давать ложноположительный результат.

*Ложноположительные серологические реакции на сифилис (ЛПР).*

Ложноположительными или неспецифическими называют положительные результаты серологических реакций на сифилис у лиц, не страдающих сифилитической инфекцией и не болевших сифилисом в прошлом. ЛПР могут быть обусловлены техническими погрешностями при выполнении исследований и особенностями организма. Условно ЛПР разделяют на острые (<6 месяцев) и хронические (> 6 месяцев). Острые ЛПР 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 ЛПР – 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.

*Лабораторные тесты для подтверждения или исключения нейросифилиса.*

Решающую роль в диагностике нейросифилиса играет исследование спинномозговой (цереброспинальной) жидкости (СМЖ). Спинномозговая пункция для исследования СМЖ показана пациентам с клинической неврологической патологией (в сочетании с положительными результатами серологических реакций с сывороткой крови), лицам со скрытым сифилисом, поздними формами инфекции, проявлениями вторичного сифилиса, детям с подозрением на врожденный сифилис, пациентам с отсутствием негативации нетрепонемных серологических тестов после проведенного полноценного специфического лечения.

Диагноз нейросифилиса с симптомами устанавливается на основании комбинации результатов серологических тестов и изменений в составе СМЖ числа клеток и уровня белка в сочетании с клиническими проявлениями, скрытого – на основании патологических результатов исследования СМЖ.

К рекомендуемым методам исследования СМЖ относятся: цитологическое исследование с подсчетом количества форменных элементов, определение количества белка, а также серологические тесты для выявления антител к *T. pallidum* в РМП, РИФц (РИФ с цельным ликвором), РПГА, ИФА, иммуноблоттинг.

Плеоцитоз и повышение уровня белка в ликворе не являются специфичными для нейросифилиса, но имеют важное диагностическое значение как критерии развития воспалительных процессов оболочек и органических поражений вещества мозга. Определение в 1 мм<sup>3</sup> ликвора свыше 5 клеток лимфоцитарного ряда свидетельствует о наличии патологических изменений в нервной системе. Содержание белка в ликворе взрослого человека в норме составляет 0,16–0,45 г/л. Специфичность нетрепонемных тестов со СМЖ близка к 100%, однако их чувствительность недостаточно высока, а частота отрицательных результатов при различных формах нейросифилиса варьирует от 30 до 70%. Трепонемные тесты, напротив, обладают высокой чувствительностью (90–100%), но недостаточно специфичны и могут быть положительными с ликвором при формах сифилиса, не сопровождающихся поражением нервной системы, однако отрицательные результаты трепонемных тестов со СМЖ исключают нейросифилис.

Для диагностики нейросифилиса может быть использован алгоритм, включающий последовательное применение современных методов лабораторной диагностики: ИФА/иммуноблоттинга, РМП/РПР и РПГА. Тестированию с помощью данного алгоритма

подлежат лица с подозрением на возможность наличия нейросифилиса, в том числе больные скрытым сифилисом и лица, в прошлом перенесшие сифилис с сохраняющимися положительными результатами серологических реакций крови на сифилис. Тестирование начинается с исследования ликвора пациента методами ИФА или иммуноблоттинга. При отрицательном результате с высокой степенью вероятности может быть сделан вывод об отсутствии у пациента нейросифилиса. При положительном результате ИФА/ИБ проводится исследование с помощью одного из нетрепонемных тестов (РМП, РПР). Если ИФА/ИБ и РМП/РПР дают положительный результат, больному устанавливается диагноз нейросифилиса и дальнейшее тестирование прекращают. Если РМП/РПР дает отрицательный результат, проводится тестирование ликвора с помощью второго высокочувствительного и специфического трепонемного метода – РПГА. При положительном результате РПГА делается вывод о наличии у больного нейросифилиса. При отрицательном результате РПГА делается вывод об отсутствии у пациента нейросифилиса и ложноположительном результате первого трепонемного теста. Для диагностики нейросифилиса дополнительно используют инструментальные методы: магнитно-резонансную и компьютерную томографии, электроэнцефалографию.

#### *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).

#### **8. Вопросы по теме занятия .**

1. Лабораторные тесты для подтверждения или исключения нейросифилиса.
2. Диагностика врожденного сифилиса.
3. Ложно-положительные серологические реакции на сифилис.

#### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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.

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: а

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

Правильный ответ: а

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

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: б

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

Правильный ответ: 5

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

Правильный ответ: 4

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

правильный ответ: 4

#### **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

##### **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.

##### **Ответ к задаче №1**

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов площиц.
3. Сливная, шелушащаяся, возвышающаяся, зернистая.
4. Первичный сифилис
5. Индивидуальная профилактика заболевания 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.

##### **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.

#### **Ответ к задаче №2**

1. Первичный сифилис половых органов.
2. Уролог должен направить больного на консультацию венерологу.
3. Твердый шанкр осложненный фимозом
4. Шанкр – амигдалит, шанкр – панариций, индуративный отек.
5. Пенициллины: дюранные, средней дюрантности, водорастворимые, полусинтетические; тетрациклины: доксицилин, тетрацилин; макролиды: эритромицин; цефалоспорины: цефтриаксон.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №3**

1. Первичный сифилис других локализаций.
2. Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный.
3. Специфическое, превентивное, профилактическое, пробное.
4. Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, у которых с момента контакта прошло не более 2 месяцев, показано превентивное лечение.

Лицам, у которых, с момента контакта с больным ранним сифилисом прошло от 2 до 4 месяцев, проводится двукратное клинико-серологическое обследование с интервалом в 2 месяца; если с момента контакта прошло более 4 месяцев, проводится однократное клинико – серологическое обследование.

5. Первичная - работа с группами здоровых людей, предоставление им информации о заболевании с целью изменения их поведения в сторону уменьшения риска инфицирования сифилисом;

вторичная — 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.

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.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Врач – гинеколог должен направить больную на консультацию к венерологу.
2. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
3. Лабораторные исследования: Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле; РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР. Обязательное обследование половых партнеров. Назначение им превентивного или специфического лечения.
4. С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов плещи.
5. Пенициллины: дюранные, средней дюрантности, водорастворимые, полусинтетические; тетрациклины: доксициклин, тетрациклин; макролиды: эритромицин; цефалоспорины: цефтриаксон.

#### **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?

#### **Ответ к задаче №5**

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. Лабораторные исследования: Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле; РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР.

3. Обязательное обследование: серологические реакции на сифилис, исключение висцеральной патологии и патологии ЦНС.

4. Ранний сифилис скрытый.

5. С диффузной алопецией неспецифической этиологии, крупноочаговой алопецией, себорейным облысением, рубцующей алопецией (псевдопеллада Брока), трихомикозами, дискоидной и диссеминированной красной волчанкой.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Серологические методы исследования на бледную трепонему.

2. Забор материала для исследования на бледную трепонему.

3. Интерпретация лабораторных методов исследования.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Диагностика сифилиса клиническая.

2. Диагностика сифилиса лабораторная: методы выявления бледной трепонемы.

3. Диагностика сифилиса серологическая. Интерпретация результатов серологических реакций.

### 13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm</a> 1	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.	<a href="#">Кожные и венерические болезни</a> : 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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B</a>	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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B</a> .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		

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 №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 учебного процесса: клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

**3. Значение темы:** Современные концепции этиопатогенеза сифилитической инфекции диктуют назначение лечения больным новыми современными средствами .

#### **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: 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;

#### 4. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры, палаты в стационаре.

#### 5. Оснащение занятия.



Компьютерная презентация, электронные атласы кафедры и зарубежные, атласы по специальности, учебный фильм.

### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г) интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

### 7. Аннотация (краткое содержание темы).

## **Лечение.**

*Специфическое лечение* проводят с целью этиологического излечения пациента путем создания трепонемоцидной 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.

### **Показания к госпитализации.**

Пациенты с подозрением и установленным диагнозом нейросифилиса, сифилитическим поражением внутренних органов и опорно-двигательного аппарата, дети, больные врожденным и приобретенным сифилисом, подлежат госпитализации. Госпитализация показана пациентам с осложненным течением ранних и поздних форм сифилиса, беременным, а также при указании на непереносимость антибактериальных препаратов. Имеются социальные показания, в частности, для лиц без определенного места жительства.

### **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.

*Превентивное лечение*

- Бициллин–5 по 1,5 млн ЕД в/м 2 р./неделю № 2

или

- бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 р./сут. ежедневно в течение 7 дней.

Предпочтительным является однократное введение дюрантного пенициллина (бензатин бензилпенициллина): неудач лечения не описано, в то же время он обладает наибольшей комплаентностью.

#### **Лечение больных первичным сифилисом (A51-A51.2)**

■ бициллин–1 по 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дней № 3,

или

■ бициллин–5 по 1,5 млн ЕД в/м 2 р./неделю № 5,

или

■ бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 р./сут. ежедневно в течение 20 дней,

или

бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая по 1 млн ЕД в/м каждые 4 часа (6 р./сут.) ежедневно в течение 20 дней. Препарат выбора – дюрантный пенициллин (бензатин бензилпенициллин), как наиболее удобный в применении. Препараты средней дюрантности или водорастворимый пенициллин используют при необходимости лечения больного в стационаре (при осложненном течении заболевания, соматически ослабленных больных и др.).

#### *Лечение больных вторичным (A51.3) и ранним скрытым (A51.5) сифилисом*

■ Бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 р./сут. ежедневно в течение 20 дней,

или

■ бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая по 1 млн ЕД в/м каждые 4 часа (6 р./сут.) ежедневно в течение 28 дней,

или

■ бициллин–1 по 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дней № 6.

У больных с давностью заболевания более 6 месяцев рекомендуется использовать бензилпенициллина новокаиновую соль, бензилпенициллина натриевую соль кристаллическую.

#### *Лечение больных третичным (A52.7), скрытым поздним (A52.8) и скрытым неутонченным (A53.0) сифилисом*

■ Бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая по 1 млн ЕД в/м каждые 4 часа (6 р./сут.) ежедневно в течение 28 дней, через 2 недели –второй курс лечения бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая в аналогичных дозах либо одним из препаратов «средней» дюрантности (бензилпенициллина новокаиновая соль)

или

■ бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 р./сут. ежедневно в течение 28 дней, через 2 недели второй курс бензилпенициллина новокаиновая соль в аналогичной дозе в течение 14 дней.

#### *Лечение больных с поражением внутренних органов и опорно-двигательного аппарата (висцеральным сифилисом) (A51.4, A52.0, A52.7)*

Лечение больных висцеральным сифилисом рекомендовано проводить

в условиях стационара – дерматовенерологического или терапевтического/кардиологического с учетом тяжести поражения. Лечение проводится дерматовенерологом, назначающим специфическое лечение, совместно с терапевтом/кардиологом, рекомендуя сопутствующую и симптоматическую терапию.

#### *Лечение больных ранним висцеральным сифилисом (A51.4)*

■ Бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая по 1 млн ЕД в/м каждые 4 ч (6 р./сут.) ежедневно в течение 28 дней

или

■ бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 р./сут. ежедневно в течение 20 дней.

*Лечение больных поздним висцеральным сифилисом (A52.0, A52.7)*

Лечение начинают с 2-недельной подготовки антибиотиками широкого спектра действия (доксциклин, эритромицин). Затем переходят к пенициллинотерапии.

■ Бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая по 400 тыс. ЕД в/м каждые 3 ч (8 р./сут.) ежедневно в течение 28 дней, через 2 недели второй курс бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая в аналогичной дозе в течение 14 дней

или

■ бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 р./сут. ежедневно в течение 28 дней, через 2 недели второй курс бензилпенициллина новокаиновая соль в аналогичной дозе в течение 14 дней.

*Лечение больных нейросифилисом (A51.4, A52.1 – A52.3)*

Лечение пациентов с клинически манифестными формами нейросифилиса проводится в условиях неврологического/психиатрического стационара в связи с необходимостью активного участия невролога/психиатра в лечении и наблюдении пациента, тяжестью его состояния и вероятностью усугубления или появления неврологической симптоматики на фоне антибиотикотерапии. Специфическое лечение назначается дерматовенерологом-консультантом.

Пациенты с асимптомными формами нейросифилиса могут получать в полном объеме медицинскую помощь в условиях дерматовенерологического стационара. Вопрос о подготовительной и симптоматической терапии решается совместно дерматовенерологом, невропатологом, психиатром и при необходимости окулистом.

*Лечение больных ранним нейросифилисом (A51.4)*

■ Бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая по 12 млн ЕД в/в капельно 2 р./сут.. ежедневно в течение 20 дней. Разовую дозу антибиотика разводят в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят в/в в течение 1,5–2 ч. Растворы используют сразу после приготовления,

или

■ бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая по 4 млн ЕД в/в струйно 6 р./сут.. ежедневно в течение 20 дней. Разовую дозу антибиотика разводят в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят в/в медленно в течение 3-5 минут в локтевую вену.

Для предотвращения реакции обострения (в виде появления или усугубления неврологической симптоматики) в первые 3 дня пенициллинотерапии рекомендовано принимать преднизолон в снижающейся суточной дозе 90–60–30 мг соответственно (однократно утром).

*Лечение больных поздним нейросифилисом (A52.1 – A52.3)*

■ Бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая по 12 млн ЕД в/в капельно 2 р./сут. ежедневно в течение 20 дней, через 2 недели второй курс бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая в аналогичной дозе в течение 20 дней,

или

■ бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая по 2–4 млн ЕД в/в струйно 6 р./сут. ежедневно в течение 20 дней, через 2 недели второй курс бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая в аналогичной дозе в течение 20 дней.

У больных прогрессирующим параличом для предотвращения обострения психотической симптоматики на фоне специфического лечения в начале терапии показано использование преднизолона в указанных выше дозах.

При гуммах головного и спинного мозга рекомендовано применение преднизолона параллельно с пенициллинотерапией в течение всего первого курса лечения; использование преднизолона может на несколько дней предшествовать началу антибиотикотерапии, что способствует регрессу клинических симптомов заболевания.

#### **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.

##### *1. 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. При вторичном сифилисе розеолезные и папулезные высыпания становятся более многочисленными, яркими, отечными, иногда элементы сливаются за счет обилия (так называемая местная реакция обострения). В некоторых случаях на фоне реакции обострения вторичные сифилиды впервые появляются на местах, где их не было до начала лечения. Изредка у больных могут развиваться психоз, инсульт, судорожный синдром, печеночная недостаточность. Быстро преходящая реакция обострения обычно не требует никакого специального лечения. Однако развития выраженной реакции обострения следует избегать:

- при лечении беременных, так как она может спровоцировать преждевременные роды, токсические нарушения у плода и мертворождение;
- у больных нейросифилисом, так как реакция обострения может спровоцировать прогрессирующее развитие неврологической симптоматики;
- у больных с поражением органа зрения;
- у больных висцеральным сифилисом, особенно сифилитическим мезаортитом.

Высокая лихорадка и выраженный интоксикационный синдром могут представлять опасность у больных с хронической патологией сердечно-сосудистой системы, тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации. Чтобы избежать реакции обострения, многие авторы рекомендуют в первые 3 дня пенициллинотерапии назначать перорально или внутримышечно преднизолон по разным схемам: например, по 60–90 мг/сут. (однократно утром) или в снижающейся дозировке – 75–50–25 мг/сут. Эффект профилактического назначения стероидов многими исследователями оспаривается.

*2. Реакция на внутримышечное введение пролонгированных препаратов пенициллина (синдром Хайна).* Описан швейцарским терапевтом R.Noigne в 1959 г. Может возникнуть после любой инъекции препарата. Характеризуется гоовокружением,

шумом в ушах, страхом смерти, бледностью, парестезиями, нарушением зрения, повышенным артериальным давлением, могут быть кратковременная потеря сознания, галлюцинации или судороги сразу после инъекции. Длится в пределах 20 минут. Симптомы могут быть выражены в разной степени – от легкой до тяжелой. Дифференцируют с анафилактическим шоком, при котором артериальное давление падает.

*Лечение:* 1) полный покой, тишина, горизонтальное положение тела пациента; 2) преднизолон 60–90 мг или дексаметазон 4–8 мг в/в или в/м; 3) супрастин или димедрол 1 мл 1% раствора в/м, 4) при повышенном артериальном давлении – папаверин 2 мл 2% раствора и дибазол 2 мл 1% раствор в/м. При необходимости показана консультация психиатра и использование седативных и антипсихотических средств.

3. *Синдром Николау* (описан французским врачом S.G.Nicolau в 1925 г.) – симптомокомплекс осложнений после внутриартериального введения дюранных препаратов пенициллина или других препаратов с кристаллической структурой: внезапная ишемия на месте инъекции, развитие болезненных синюшных неравномерных пятен (ливедо) с последующим образованием пузырей и некрозом кожи, в отдельных случаях развивается вялый паралич конечности, в артерию которой был введен препарат, в редких случаях – поперечный паралич. В качестве отдаленных осложнений наблюдаются макрогематурия и кровавый стул. В крови – лейкоцитоз. До настоящего времени случаи отмечены только в детской практике.

4. *Нейротоксичность* – судороги (чаще у детей), при применении высоких доз пенициллина, особенно при почечной недостаточности. *Нарушения электролитного баланса* – у пациентов с сердечной недостаточностью при введении больших доз натриевой соли бензилпенициллина возможно усиление отеков (1 млн ЕД препарата содержит 2,0 ммоль натрия).

5. *Аллергические реакции* – токсикодермия, крапивница, отек Квинке, головная боль, лихорадка, боли в суставах, эозинофилия и др. – при введении пенициллина возникают у от 5 до 10% больных. Наиболее опасным осложнением является анафилактический шок, дающий до 10% летальности.

6. *Анафилактический шок* характеризуется страхом наступающей смерти, чувством жара во всем теле, потерей сознания, бледностью кожи, холодным липким потом, заостренными чертами лица, частым поверхностным дыханием, нитевидным пульсом, низким артериальным давлением.

*Лечение:* 1) адреналин 0,5 мл 0,1% раствор ввести в место инъекции препарата; 2) адреналин 0,5 мл 0,1% раствор в/в или в/м; 3) преднизолон 60–90 мг или дексаметазон 4–8 мг в/в или в/м; 4) супрастин или димедрол 1 мл 1% раствор в/м; 5) кальция глюконат 10 мл 10% раствор в/м, при затруднении дыхания – эуфиллин 10 мл 2,4% раствор в/в медленно.

*Противопоказания к назначению препаратов группы пенициллина:*

- непереносимость бензилпенициллина, его пролонгированных препаратов и полусинтетических производных;
- пролонгированные препараты пенициллина следует назначать с осторожностью с тяжелой формой гипертонической болезни, перенесшим в прошлом инфаркт миокарда, при заболевании желез внутренней секреции, при остром желудочно-кишечных заболеваниях, активном туберкулезе, при заболеваниях кровеносной системы.

## **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.

### **Лечение детей.**

*Специфическое лечение детей, больных ранним врожденным сифилисом (A50.0; A50.1)*

■ Бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая: при выявлении раннего врожденного сифилиса у детей в возрасте до 6 месяцев из расчета 100 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки в/м, разделенных на 4 инъекции, каждые 6 ч (для детей в возрасте до 1 месяца) и разделенных на 6 инъекций каждые 4 часа (для детей в возрасте свыше 1 месяца); у детей в возрасте старше 6 месяцев – из расчета 75 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки; у детей в возрасте старше 1 года – из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы тела. Бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая назначается ежедневно в течение 20 дней при манифестном раннем врожденном сифилисе и в течение 28 дней при поражении центральной нервной системы (подтвержденном положительными иммунологическими реакциями ликвора).

или

■ бензилпенициллина новокаиновая соль из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки в/м, разделенных на 2 инъекции (каждые 12 часов), ежедневно в течение 20 дней.

Первые инъекции пенициллина не должны превышать 5000 ЕД с постепенным набором возрастной дозировки во избежание развития реакции обострения Яриша–Герксгеймера и инфекционно-токсического шока.

*Специфическое лечение детей, больных поздним врожденным сифилисом (A50.3 – A50.5; A50.6)*

■ Бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки в/м, разделенных на 6 инъекций (каждые 4 часа), ежедневно в течение 28 дней; через 2 недели – второй курс бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая в аналогичной дозе в течение 14 дней

или

■ бензилпенициллина новокаиновая соль из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки в/м, разделенных на 2 инъекции (каждые 12 часов), в течение 28 дней; через 2 недели – второй курс бензилпенициллина новокаиновая соль в аналогичной дозе в течение 14 дней.

*Специфическое лечение приобретенного сифилиса у детей* проводится по методике лечения взрослых в соответствии с диагнозом и исходя из возрастных доз антибиотиков с учетом того, что отечественные бициллины противопоказаны детям до 2 лет, а тетрациклины – детям до 8 лет. Расчет препаратов пенициллина для лечения детей проводится в соответствии с массой тела ребенка: в возрасте до 6 месяцев натриевую соль пенициллина применяют из расчета 100 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки, в возрасте старше 6 месяцев из расчета 75 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки и в возрасте старше 1 года – из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки.

Суточную дозу новокаиновой соли пенициллина и разовую дозу дюрантных препаратов применяют из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы тела.

Суточная доза делится на 6 равных разовых доз для водорастворимого пенициллина и на две дозы для новокаиновой его соли. Учитывая анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у новорожденных и детей первого месяца жизни допустимо уменьшение кратности введения пенициллина до 4 раз в сутки. Во избежание токсической реакции вследствие массовой гибели бледных трепонем после первых введений пенициллина (реакция обострения Герксгеймера–Яриша–Лукашевича) в первые сутки лечения разовая доза пенициллина не должна превышать 5000 ЕД на инъекцию. После каждой инъекции в первые сутки необходима контрольная термометрия и наблюдение за соматическим состоянием ребенка.

*Превентивное лечение* показано всем детям до 3 лет. Для детей более старшего возраста вопрос о лечении решается индивидуально с учетом формы сифилиса у контактного взрослого, локализации высыпаний, степени контакта ребенка с больным. Проводится по методике превентивного лечения взрослых исходя из возрастных доз антибиотиков.

*Профилактическое лечение детей.* Профилактическое лечение показано новорожденным, родившимся без проявлений сифилиса от нелеченной либо неадекватно леченной во время беременности матери (специфическое лечение начато после 32-й недели беременности, с нарушением или изменением утвержденных схем лечения), а также новорожденным, мать которых при наличии показаний во время беременности не получила профилактического лечения. Препараты, разовые дозы и кратность введения соответствуют таковым при специфическом лечении. Длительность терапии новорожденных, мать которых при наличии показаний во время беременности не получила профилактического лечения или получила неадекватное лечение, составляет 10 дней, новорожденных, родившихся без проявлений сифилиса от нелеченной матери – 20 дней.

**Принципы лечения больных сифилисом с сопутствующими ИППП.**



Больным сифилисом рекомендовано провести обследование на другие ИППП. При выявлении у больного сифилисом урогенитальных инфекций их лечение проводят параллельно с лечением сифилиса. При выявлении у больного ВИЧ-антител он направляется для дальнейшего обследования, лечения и постоянного наблюдения в региональный Центр по профилактике и борьбе со СПИДом с соответствующими рекомендациями по лечению сифилиса. Предпочтительным является использование препаратов средней дюрантности и натриевой соли бензилпенициллина. В связи с высоким риском раннего вовлечения в патологический процесс нервной системы всем ВИЧ-инфицированным больным сифилисом рекомендовано проводить исследование спинномозговой жидкости.

#### **Лечение сифилиса при указании на непереносимость препаратов пенициллина.**

При указании на наличие аллергических реакций на пенициллин используют препараты резерва:

■ цефтриаксон по 1,0 г в/м 1 р./сут.. ежедневно № 5 для превентивного лечения и № 10 для лечения первичного сифилиса; по 1,0 г в/м 1 р./сут. ежедневно № 20 для лечения вторичного и раннего скрытого; по 2,0 г в/м 1 р./сут.. ежедневно № 20 для лечения раннего нейросифилиса, в тяжелых случаях (сифилитический менингоэнцефалит, острый генерализованный менингит) возможно в/в применение препарата и увеличение суточной дозы до 4 г; по 1,0 г в/м 1 р./сут.. ежедневно № 20, через 2 недели второй курс препарата в аналогичной дозе ежедневно № 10 для лечения поздних форм сифилиса.

Необходимо отметить, что схемы лечения сифилиса цефтриаксоном разрабатывались на основании изучения фармакокинетики оригинального цефтриаксона Роцефина® (Hoffmann–La Roche Ltd, Швейцария). Изменение доз антибактериального препарата (суточной и курсовой) вносилось с учетом результата изучения эффективности препарата – генерика цефтриаксона Мегиона (Биохеми, Австрия). Исследований по изучению эффективности других генерических препаратов цефтриаксона не проводилось. Нет данных по эквивалентности (фармацевтической, фармако-кинетической, терапевтической) генерических препаратов цефтриаксона и Роцефина®, без исследования которой неприемлемо заменять один лекарственный препарат другим;

■ доксициклин по 0,1 г внутрь 2 р./сут. ежедневно в течение 10 дней для превентивного лечения, 20 дней для лечения первичного и 30 дней для лечения вторичного и раннего скрытого сифилиса;

■ эритромицин по 0,5 г внутрь 4 р./сут. ежедневно в течение 10 дней для превентивного лечения, 20 дней для лечения первичного и 30 дней для лечения вторичного и раннего скрытого сифилиса;

■ оксациллина натриевая соль или ампициллина натриевая соль по 1 млн ЕД в/м 4 р./сут. (каждые 6 часов) ежедневно в течение 10 дней для превентивного лечения, 20 дней для лечения первичного и 28 дней для лечения вторичного и раннего скрытого сифилиса.

Для беременных с непереносимостью пенициллина (в том числе полусинтетического) и цефтриаксона в связи с противопоказанием к препаратам тетрациклинового ряда рекомендуется назначение эритромицина. Однако ребенка после рождения необходимо пролечить пенициллином, поскольку эритромицин не проникает через плаценту.

Детям терапия препаратами резерва проводится по методике лечения взрослых в соответствии с диагнозом и исходя из возрастных дозировок антибиотиков. Не

рекомендуется назначать препараты тетрациклиновой группы при лечении детей до 8 лет, так как они отрицательно влияют на развитие костной системы.

### **КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ**

Взрослые и дети, получившие превентивное лечение после полового или тесного бытового контакта с больными ранними формами сифилиса, подлежат однократному клинико-серологическому обследованию через 3 месяца после окончания лечения. Клинико-серологический контроль (КСК) после окончания специфического лечения осуществляется 1 раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения и 1 раз в 6 месяцев в последующие годы с постановкой нетрепонемных тестов, 1 раз в год – с постановкой соответствующего трепонемного теста, который использовался при диагностике заболевания. Больные ранними формами сифилиса, имевшие до лечения положительные результаты РМП/РПР, должны находиться на КСК до негативации серологических нетрепонемных тестов, а затем еще в течение 6–12 месяцев (в течение которых необходимо провести 2 обследования). Длительность КСК определяется индивидуально в зависимости от результатов лечения. Больные поздними формами сифилиса, у которых результаты нетрепонемных тестов после лечения нередко остаются положительными, должны находиться на КСК не менее 3 лет. Решение о снятии с учета или продлении контроля принимается индивидуально.

Больные нейросифилисом независимо от стадии должны находиться на КСК не менее 3 лет с обязательным контролем состава СМЖ 1 раз в 6–12 месяцев. Сохранение патологических изменений (с учетом нетрепонемных тестов) является показанием к дополнительному лечению. Стойкая нормализация состава СМЖ даже при сохранении остаточных клинических проявлений является показанием к снятию с учета.

Дети, родившиеся от серопозитивных матерей, но не болевшие врожденным сифилисом, вне зависимости от того, получали они профилактическое лечение или нет, подлежат наблюдению в течение 1 года. Первое клинико-серологическое обследование проводится в возрасте 3 месяцев и включает осмотр педиатра, консультации невропатолога, окулиста, отоларинголога, комплексное серологическое обследование. Если результаты серологического обследования отрицательные и клинические симптомы заболевания отсутствуют, обследование повторяют перед снятием с учета в возрасте 1 года. В иных случаях обследование проводят в 6-, 9- и 12-месячном возрасте.

Дети, получавшие специфическое лечение, состоят на КСК в течение 3 лет.

При возникновении клинического или серологического рецидива, а так же в случаях сохранения стойкой позитивности или замедленной негативации серологических реакций показаны консультации терапевта, невролога, офтальмолога, отоларинголога, спинномозговая пункция, клинико-серологическое обследование полового партнера.

*Снятие с учета.* По окончании срока наблюдения проводят полное клинико-серологическое обследование, включающее РМП (или аналоги), РПГА, ИФА, при необходимости РИБТ, РИФ и консультации терапевта/педиатра, невролога, офтальмолога, отоларинголога.

К работе в детских учреждениях, на предприятиях общественного питания допускаются лица, получившие полноценный курс специфического лечения по поводу сифилиса, после регресса клинических симптомов заболевания (при наличии манифестной формы сифилиса).

Дети, получающие специфическое лечение по поводу сифилиса, могут посещать детское учреждение после исчезновения клинических проявлений и завершения курса специфического лечения.

Пациенты с положительными результатами нетрепонемных тестов могут быть сняты с учета при соблюдении следующих условий: 1) полноценное специфическое лечение; 2) КСК не менее 3 лет; 2) благоприятные результаты исследования СМЖ перед снятием с учета; 3) отсутствие специфической клинической патологии по консультациям специалистов (невролога, офтальмолога, отоларинголога, терапевта/педиатра); 4) отсутствие подозрения на кардиоваскулярный сифилис при ультразвуково исследовании сердца и аорты.

### **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.

### **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Схемы лечения больных сифилисом.
2. Критерии излеченности больных сифилисом.
3. Профилактика сифилиса.

### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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.  
Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: а

5. Наиболее специфичным серологическим тестом на сифилис является:

- а) реакция иммунофлюоресценции; (УК-1, ПК-6)
- б) реакция Кана;
- в) реакция Вассермана с трепонемным антигеном;
- г) реакция Колмера;
- д) цитохолевая реакция

Правильный ответ: а

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

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: б

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.

Правильный ответ: а

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.

Правильный ответ: б

## **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

### **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.

### **Ответ к задаче №1**

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов площиц.

3. Сливная, шелушащаяся, возвышающаяся, зернистая.
4. Первичный сифилис.
5. Индивидуальная профилактика заболевания 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.

### **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.

### **Ответ к задаче №2**

1. Первичный сифилис половых органов.
2. Уролог должен направить больного на консультацию венерологу.
3. Твердый шанкр осложненный фимозом
4. Шанкр – амигдалит, шанкр – панариций, индуративный отек.
5. Пенициллины: дюрантные, средней дюрантности, водорастворимые, полусинтетические; тетрациклины: доксициклин, тетрациклин; макролиды: эритромицин; цефалоспорины: цефтриаксон.

### **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 контактными лицам?
5. Профилактика заболевания.

### **Ответ к задаче №3**

1. Первичный сифилис других локализаций.
2. Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный.
3. Специфическое, превентивное, профилактическое, пробное.
4. Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, у которых с момента контакта прошло не более 2 месяцев, показано превентивное лечение.

Лицам, у которых, с момента контакта с больным ранним сифилисом прошло от 2 до 4 месяцев, проводится двукратное клинико-серологическое обследование с интервалом в 2 месяца; если с момента контакта прошло более 4 месяцев, проводится однократное клинико – серологическое обследование.

5. Первичная - работа с группами здоровых людей, предоставление им информации о заболевании с целью изменения их поведения в сторону уменьшения риска инфицирования сифилисом;

вторичная — 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.

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.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Врач – гинеколог должен направить больную на консультацию к венерологу.
2. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
3. Лабораторные исследования: Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле; РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР. Обязательное обследование половых партнеров. Назначение им превентивного или специфического лечения.
4. С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов площиц.
5. Пенициллины: дюрантные, средней дюрантности, водорастворимые, полусинтетические; тетрациклины: доксициклин, тетрациклин; макролиды: эритромицин; цефалоспорины: цефтриаксон.

#### **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?

**Ответ к задаче №5**

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. Лабораторные исследования: Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле; РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР.
3. Обязательное обследование: серологические реакции на сифилис, исключение висцеральной патологии и патологии ЦНС.
4. Ранний сифилис скрытый.
5. С диффузной алопецией неспецифической этиологии, крупноочаговой алопецией, себорейным облысением, рубцующей алопецией (псевдопеллада Брока), трихомикозами, дискоидной и диссеминированной красной волчанкой.

**11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Интерпретация лабораторных данных исследований на сифилис.
2. Консультирование больных сифилисом.
3. Работа в эпидочаге.

**12. Примерная тематика НИР по теме.**

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.

**13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm</a> 1	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.	<a href="#">Кожные и венерические болезни</a> : 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.	<b>Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем</b> [Электронный ресурс] : учеб. пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017		
9.	<b>Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем</b> [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B</a>	В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей	Красноярск : КрасГМУ, 2015		
10.	<b>Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем</b> [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B</a> .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		

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 №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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

**3. Значение темы.** Учитывая высокую заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путём, изучение этой темы имеет большое значение для врачей дерматовенерологов.

### **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.

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры.

### 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронные атласы кафедры и зарубежные, атласы по специальности, учебный фильм, муляжи по теме занятия.

### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин. - 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г) интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

### 7. Аннотация (краткое содержание 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 уrogenитального 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.

#### **8. Вопросы по теме 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.

#### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

Выберите один правильный ответ.

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

правильный ответ: 1

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

правильный ответ: 5

3. НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМОЙ ФОРМОЙ ОБРАЩЕНИЯ К БОЛЬНОМУ ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, УК-2, ПК-1):

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

правильный ответ: 4

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
- правильный ответ: 5

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

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

6. ПРАВА ПАЦИЕНТА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАТЬЕЙ УК-1, ПК-1):

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

правильный ответ: 1

7. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАТЬЕЙ (УК-1, ПК-1):

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

правильный ответ: 2

8. 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

правильный ответ: 2

9. 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

правильный ответ: 3

10. 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

правильный ответ: 3

11. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ НЕ ПРЕСЛЕДУЕТ ЦЕЛЬ (УК-1, УК-2, ПК-1):

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

правильный ответ: 3

**10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**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.

**Ответ к задаче № 1**

1. -предполагаемый источник инфицирование пациента

-предполагаемый регион инфицирования

-время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов

-результаты обследования половых партнеров

-данные акушерско – гинекологического, урологического и полового анамнеза

- наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время

-данные аллергоанамнеза

-наличие соматических заболеваний

-данные о приеме лекарственных препаратов, в том числе антибактериальных, в течение последних 3 месяцев

2. -гнойные выделения из уретры
  - дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)
  - зуд, жжение в области уретры
  - диспареуния (болезненность во время полового акта)
  - боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку
3. Обнаружение гонококков с помощью одного из методов:
  - микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму
  - культуральное исследование
4. 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).
5. –достижение клинической эффективности лечения (снижение или исчезновение клинических симптомов заболевания)
  - достижение микробиологической эффективности лечения (эрадикация возбудителя)
  - предотвращение развития осложнений
  - предупреждение инфицирования других лиц

#### **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.

#### **Ответ к задаче № 2.**

1. У мужчин и женщин:

- половой путь передачи (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонорей)

У детей:

- прохождение через родовые пути больной матери
- прямой половой контакт
- бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми)

2. - гнойные или слизисто – гнойные выделения из половых путей

- зуд, жжение в области наружных половых органов.
- диспареуния (болезненность во время полового акта)
- дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)

- дискомфорт или боль в области нижней части живота.
- 3. - исследование методом ПЦР для идентификации гонококков
- исследования на другие ИППП
- культуральные исследования для идентификации условно – патогенных микроорганизмов
- КСР на сифилис
- определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С
- клинический анализ крови и мочи
- биохимический анализ крови
- УЗИ органов малого таза
- кольпоскопия
- уретроскопия
- вагиноскопия
- 2- стаканная проба Томпсона
- 4. - определение чувствительности гонококков к антибактериальным препаратам
- определение β- лактамазной активности гонококков (при наличии показаний)
- назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп
- 5. Необходимо проинформировать о половых партнерах за последние 60 дней и сообщить половым партнерам о необходимости обследования.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным и проводится по тем же схемам. В период лечения и диспансерного наблюдения рекомендуется воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции при половых контактах до установления критерия излеченности.

### **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 контактными лицам?
5. Профилактика заболевания.

### **Ответ к задаче №3**

1. Первичный сифилис других локализаций.
2. Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный.
3. Специфическое, превентивное, профилактическое, пробное.
4. Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, у которых с момента контакта прошло не более 2 месяцев, показано превентивное лечение.

Лицам, у которых, с момента контакта с больным ранним сифилисом прошло от 2 до 4 месяцев, проводится двукратное клинико- серологическое обследование с интервалом в 2 месяца; если с момента контакта прошло более 4 месяцев, проводится однократное клинико – серологическое обследование.

5. Первичная - работа с группами здоровых людей, предоставление им информации о заболевании с целью изменения их поведения в сторону уменьшения риска инфицирования сифилисом;

вторичная — 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.

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.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Врач – гинеколог должен направить больную на консультацию к венерологу.
2. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
3. Лабораторные исследования: обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле; РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР. Обязательное обследование половых партнеров. Назначение им превентивного или специфического лечения.
4. С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов ploщиц.
5. Пенициллины: дюрантные, средней дюрантности, водорастворимые, полусинтетические; тетрациклины: доксициклин, тетрациклин; макролиды: эритромицин; цефалоспорины: цефтриаксон.

#### **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?

**Ответ к задаче №5**

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. Лабораторные исследования: обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле; РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР.
3. Обязательное обследование: серологические реакции на сифилис, исключение висцеральной патологии и патологии ЦНС.
4. Ранний сифилис скрытый.
5. С диффузной алопецией неспецифической этиологии, крупноочаговой алопецией, себорейным облысением, рубцующей алопецией (псевдопеллада Брока), трихомикозами, дискоидной и диссеминированной красной волчанкой.

**11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Собирать анамнез и эпиданамнез у больного ИППП.
2. Проводить забор клинического материала для лабораторных исследований.

**12. Примерная тематика НИР по теме.**

1. Показания к обследованию на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП);
2. Элементы консультирования пациентов с ИППП;
3. Назначение лекарственной терапии больным ИППП.

**13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm</a> 1	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.	<a href="#">Кожные и венерические болезни</a> : 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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B</a>	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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B</a> .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		

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 №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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

**3. Значение 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, полиорганный характер поражения, возникновение осложнений у больных.

### **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

#### 4. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры.

#### 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

#### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин.- 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащённость
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г) интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия,

		индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540

## 7. Аннотация (краткое содержание темы).

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 - А54.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

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

### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Гонококковая инфекция является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Ежегодно в мире регистрируется около 60 миллионов случаев этого заболевания. В Российской Федерации, начиная с 2001 года и по настоящее время, отмечается снижение заболеваемости гонококковой инфекцией: в 2010 году ее уровень составил 42,7 случая на 100 000 населения, в 2011 году – 38,4 случая 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.

## **8. Вопросы по теме занятия.**

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

## **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

Выберите один или несколько правильных ответов.

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

Правильный ответ: 2

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

Правильный ответ: 1

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 уреаплазмой
- 5) с гарднереллами

Правильный ответ:2

4. В СРЕДАХ С САХАРАМИ ГОНОКОКК РАЗЛАГАЕТ (УК-1, ПК-1, ПК-6):

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

Правильный ответ:3

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

Правильный ответ:4

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

Правильный ответ:1

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

Правильный ответ:1,2,3,5

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

Правильный ответ: 5

9. К ДИССЕМИНИРОВАННОЙ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9):

- 1) артрит
- 2) поражение глаз
- 3) поражение кожи
- 4) перигепатит
- 5) сепсис

Правильный ответ: 1,3,4,5

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

Правильный ответ: 1,2,3,4

#### **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

##### **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.

##### **Эталоны ответов к задаче №1**

1. Свежий острый гонорейный уретрит. Гонорейный артрит.
2. Мазки по Граму, ВИЧ, РМП, ИФА на гепатит В и С, общий анализ крови, мочи, рентгенография сустава, консультация терапевта.
3. А 54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта.
- А 54.4 Гонококковая инфекция костно-мышечной системы.

4. Лечение в круглосуточном стационаре: цефтриаксон - 1,0 в/м (в/в) каждые 24 часа; или цефотаксим 1,0 в/в каждые 8 часов; или спектиномицин - 2,0 в/м каждые 12 часов. Курс 14 дней. Дезинтоксикационная терапия. Аскорбиновая кислота. Нестероидные противовоспалительные препараты. На сустав - УЗ.
5. Контроль через 2 и 14 дней после окончания лечения. Наблюдение терапевта.

### **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.

### **Эталонные ответы к задаче №2**

1. Свежий острый гонорейный уретрит.
2. Мазки по Граму, ПИФ на хламидии, микоплазмы, кровь на ВИЧ, РМП, ИФА на гепатит В и С, общий анализ крови, мочи, 2-х стаканная проба.
3. Лечение амбулаторно: цефтриаксон - 250 мг однократно в/м или цефиксим - 400 мг однократно внутрь.
4. Обследование жены и лечение по тем же схемам. В период лечения и диспансерного наблюдения воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления критерия излеченности.
5. Контроль через 2 и 14 дней после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

### **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.

### **Эталонные ответы к задаче №3**

1. -предполагаемый источник инфицирование пациента  
-предполагаемый регион инфицирования  
-время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов  
-результаты обследования половых партнеров  
-данные акушерско – гинекологического, урологического и полового анамнеза

- наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время
  - данные аллергоанамнеза
  - наличие соматических заболеваний
  - данные о приеме лекарственных препаратов, в том числе антибактериальных, в течение последних 3 месяцев
2. - гнойные выделения из уретры
    - дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)
    - зуд, жжение в области уретры
    - диспареуния (болезненность во время полового акта)
    - боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку
  3. Обнаружение гонококков с помощью одного из методов
    - микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму
    - культуральное исследование
  4. 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).
  5. - достижение клинической эффективности лечения (снижение или исчезновение клинических симптомов заболевания)
    - достижение микробиологической эффективности лечения (эрадикация возбудителя)
    - предотвращение развития осложнений
    - предупреждение инфицирования других лиц

#### **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.

#### **Эталонные ответы к задаче №4**

1. У мужчин и женщин:

- половой путь передачи (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонорей)

У детей:

- прохождение через родовые пути больной матери
- прямой половой контакт

- бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми)

2. - гнойные или слизисто – гнойные выделения из половых путей

- зуд, жжение в области наружных половых органов.

- диспареуния (болезненность во время полового акта)

- дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)

- дискомфорт или боль в области нижней части живота.

3. - исследование методом ПЦР для идентификации гонококков

- исследования на другие ИППП

- культуральные исследования для идентификации условно – патогенных микроорганизмов

- КСР на сифилис

- определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С

- клинический анализ крови и мочи

- биохимический анализ крови

- УЗИ органов малого таза

-кольпоскопия

- уретроскопия

- вагиноскопия

- 2- стаканная проба Томпсона

4. - определение чувствительности гонококков к антибактериальным препаратам

- определение β- лактамазной активности гонококков (при наличии показаний)

- назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп

5. Необходимо проинформировать о половых партнерах за последние 60 дней и сообщить половым партнерам о необходимости обследования.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным и проводится по тем же схемам. В период лечения и диспансерного наблюдения рекомендуется воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции при половых контактах до установления критерия излеченности.

#### **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 из 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?

#### **Эталонные ответы к задаче №5**

1. Хронический передний гонорейный уретрит.

2. Инструментальные исследования: Пальпация уретры на буже (определяют наличие или отсутствие в уретре плотных узелков).

Лабораторные исследования:



- а). Бактериоскопическое исследование (мазки на одном стекле окрашивают 1% водным раствором метиленового синего, на другом-по способу Грамма)-обнаружение *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*.
- б). Бактериологическое исследование (культуральное исследование для выделения чистой культуры)- обнаружение *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*.
- в). Исследование нативного препарата (обнаружение *Trichomonas vaginalis*).
- г). Обнаружение антигена *Chlamydia trachomatis* методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) с моноклональными антителами.
- д). Обнаружение *Chlamydia trachomatis* методом полимеразной (лигазной) цепной реакции (ПЦР).
- е). Иммуноферментный анализ (обнаружение *Chlamydia trachomatis*).
- ж). Серологическое обследование на сифилис (РСК или РМП, ПИФ-Абс. или ИФА или РПГА).
- з). Определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С.
- и). Обследование предполагаемого источника заражения и половых контактов.

### 3. -гнойные выделения из уретры

-дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)

-зуд, жжение в области уретры

-диспареуния (болезненность во время полового акта)

-боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку

4. Уретриты бывают гонококковые и негонококковые. Этиологическими агентами негонококковых уретритов могут явиться хламидии, трихомонады, уреаплазмы, ВПГ, вирус папилломы человека (ВПЧ), *Candida albicans*, *Neisseria meningitidis* и некоторые другие микроорганизмы.

### 5. У мужчин и женщин:

- половой путь передачи (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонорей)

У детей:

- прохождение через родовые пути больной матери

- прямой половой контакт

- бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми)

## 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Осмотр половых органов у женщин.
2. Осмотр половых органов у мужчин.
3. Осмотр аногенитальной области.
4. Пальпация мочеиспускательного канала.
5. Пальпация бульбоуретральных желёз.

## 12. Примерная тематика НИР по теме.

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.

### 13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm</a> 1	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.	<a href="#">Кожные и венерические болезни</a> : 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.	<b>Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем</b> [Электронный ресурс] : учеб. пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017		
9.	<b>Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем</b> [Электронный	В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т.	Красноярск : КрасГМУ, 2015		

	ресурс] : учеб. пособие для врачей. Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B</a>	Н. Гузей			
10.	<b>Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем</b> [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B</a> .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		
11.	Гонококковая инфекция у взрослых и детей учеб. пособие	Яковлева Т.А., Прохоренков В.И., Максименко В.Г.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2014.		

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 №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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

**3. Значение 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.

### **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

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, кабинет поликлиники диспансера.

**5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности.

**6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия (540мин.- 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г) интерпретация лабораторных и дополнительных методов

			обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## 7. Аннотация (краткое содержание 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.

### **8. Вопросы по теме 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.

### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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
- правильный ответ:4

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
- правильный ответ:4

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.
- правильный ответ:5

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
- правильный ответ:5

5. Цели лечения гонореи (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, 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.
- правильный ответ: 1

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
- правильный ответ: 1

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
- правильный ответ 3

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
- правильный ответ: 4

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

правильный ответ:4

10. Наиболее частой причиной рецидива гонореи является ассоциация гонококков (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

правильный ответ:2

### **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

#### **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.

#### **Эталонные ответы к задаче №1**

1. Свежий острый гонорейный уретрит. Гонорейный артрит.
2. Мазки по Граму, ВИЧ, РМП, ИФА на гепатит В и С, общий анализ крови, мочи, рентгенография сустава, консультация терапевта.
3. А 54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта.  
А 54.4 Гонококковая инфекция костно-мышечной системы.
4. Лечение в круглосуточном стационаре: цефтриаксон - 1,0 в/м (в/в) каждые 24 часа; или цефотаксим 1,0 в/в каждые 8 часов; или спектиномицин - 2,0 в/м каждые 12 часов. Курс 14 дней. Дезинтоксикационная терапия. Аскорбиновая кислота. Нестероидные противовоспалительные препараты. На сустав - УЗ.
5. Контроль через 2 и 14 дней после окончания лечения. Наблюдение терапевта.

#### **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.

#### **Эталонные ответы к задаче №2**

1. Свежий острый гонорейный уретрит.
2. Мазки по Граму, ПИФ на хламидии, микоплазмы, кровь на ВИЧ, РМП, ИФА на гепатит В и С, общий анализ крови, мочи, 2-х стаканная проба.
3. Лечение амбулаторно: цефтриаксон - 250 мг однократно в/м или цефиксим - 400 мг однократно внутрь.
4. Обследование жены и лечение по тем же схемам. В период лечения и диспансерного наблюдения воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления критерия излеченности.
5. Контроль через 2 и 14 дней после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

### **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.

#### **Эталоны ответов к задаче №3**

1. -предполагаемый источник инфицирование пациента  
 -предполагаемый регион инфицирования  
 -время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов  
 -результаты обследования половых партнеров  
 -данные акушерско – гинекологического, урологического и полового анамнеза  
 - наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время  
 -данные аллергоанамнеза  
 -наличие соматических заболеваний  
 -данные о приеме лекарственных препаратов, в том числе антибактериальных, в течение последних 3 месяцев
2. -гнойные выделения из уретры  
 -дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)  
 -зуд, жжение в области уретры  
 -диспареуния (болезненность во время полового акта)  
 -боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку
3. Обнаружение гонококков с помощью одного из методов  
 -микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму  
 -культуральное исследование
4. 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).

5. - достижение клинической эффективности лечения (снижение или исчезновение клинических симптомов заболевания)

-достижение микробиологической эффективности лечения (эрадикация возбудителя)

-предотвращение развития осложнений

-предупреждение инфицирования других лиц

#### **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.

#### **Эталонные ответы к задаче №4**

1. У мужчин и женщин

- половой путь передачи (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонорей)

У детей

- прохождение через родовые пути больной матери

- прямой половой контакт

- бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми)

2. - гнойные или слизисто – гнойные выделения из половых путей

- зуд, жжение в области наружных половых органов.

- диспареуния (болезненность во время полового акта)

- дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)

- дискомфорт или боль в области нижней части живота.

3. - исследование методом ПЦР для идентификации гонококков

- исследования на другие ИППП

- культуральные исследования для идентификации условно – патогенных микроорганизмов

- КСР на сифилис

- определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С

- клинический анализ крови и мочи

- биохимический анализ крови

- УЗИ органов малого таза

- кольпоскопия
  - уретроскопия
  - вагиноскопия
  - 2- стаканная проба Томпсона
  - 4. - определение чувствительности гонококков к антибактериальным препаратам
  - определение  $\beta$ - лактамазной активности гонококков (при наличии показаний)
  - назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп
  - 5. Необходимо проинформировать о половых партнерах за последние 60 дней и сообщить половым партнерам о необходимости обследования.
- Одновременное лечение половых партнеров является обязательным и проводится по тем же схемам. В период лечения и диспансерного наблюдения рекомендуется воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции при половых контактах до установления критерия излеченности.

#### **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 из 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?

#### **Эталонные ответы к задаче №5**

1. Хронический передний гонорейный уретрит.
  2. Инструментальные исследования: пальпация уретры на буже (определяют наличие или отсутствие в уретре плотных узелков).
- Лабораторные исследования:
- а). Бактериоскопическое исследование (мазки на одном стекле окрашивают 1% водным раствором метиленового синего, на другом-по способу Грама)-обнаружение *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*.
  - б). Бактериологическое исследование (культуральное исследование для выделения чистой культуры)- обнаружение *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*.
  - в). Исследование нативного препарата (обнаружение *Trichomonas vaginalis*).
  - г). Обнаружение антигена *Chlamydia trachomatis* методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) с моноклональными антителами.
  - д). Обнаружение *Chlamydia trachomatis* методом полимеразной (лигазной) цепной реакции (ПЦР).
  - е). Иммуноферментный анализ (обнаружение *Chlamydia trachomatis*).
  - ж). Серологическое обследование на сифилис (РСК или РМП, ПИФ-Абс. или ИФА или РПГА).
  - з). Определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С.
  - и). Обследование предполагаемого источника заражения и половых контактов.
3. -гнойные выделения из уретры

-дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)

-зуд, жжение в области уретры

-диспареуния (болезненность во время полового акта)

-боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку

4. Уретриты бывают гонококковые и негонококковые. Этиологическими агентами негонококковых уретритов могут явиться хламидии, трихомонады, уреоплазмы, ВПГ, вирус папилломы человека (ВПЧ), *Candida albicans*, *Neisseria meningitidis* и некоторые другие микроорганизмы.

5. У мужчин и женщин

- половой путь передачи (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонорей)

У детей

- прохождение через родовые пути больной матери

- прямой половой контакт

- бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми)

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Осмотр половых органов у женщин и мужчин.

2. Осмотр половых органов у детей.

3. Осмотр аногенитальной области.

4. Пальпация мочеиспускательного канала.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

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.

### 13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm</a> 1	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.	<a href="#">Кожные и венерические болезни</a> : 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.	<b>Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем</b> [Электронный ресурс] : учеб. пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017		
9.	<b>Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем</b> [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B</a>	В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей	Красноярск : КрасГМУ, 2015		
10.	<b>Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем</b> [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B</a> .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		
11.	Гонококковая инфекция у взрослых и детей учеб. пособие	Яковлева Т.А., Прохоренков В.И., Максименко В.Г.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2014.		



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 №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 учебного процесса: клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

**3. Значение темы:** Знание клинических особенностей, дифференциальной диагностики и осложнений гонореи необходимы дерматовенерологам в повседневной практической работе.

#### **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;

#### 4. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры, кабинет поликлиники диспансера.

#### 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

#### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия (540- 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г) интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия,

		индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540

## 7. Аннотация (краткое содержание темы).

### **Женщины – гонококковый вульвит**

*Субъективные симптомы:*

- незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- болезненность и отечность в области протоков вульварных желез.

*Объективные симптомы:*

- гиперемия наружных отверстий протоков вульварных желез;
- болезненность и отечность протоков вульварных 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 вульварных желез.

*Объективные симптомы:*

- наличие плотных болезненных образований величиной с просыное зерно в области выводных протоков вульварных 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.).

#### **8. Вопросы по теме 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;

#### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

Правильный ответ: 1,2,4

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

Правильный ответ: 5

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

Правильный ответ: 1,2,3,4

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

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ:2

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

Правильный ответ:1,2,3

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

Правильный ответ:1

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

Правильный ответ:2

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

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ:5

#### **10.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

##### **Задача № 1**

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.

##### **Ответ к задаче № 1**

1. 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.

2. Эрадикация *N. gonorrhoeae*, исчезновение клинических симптомов заболевания, предотвращение развития осложнений, предупреждение инфицирования других лиц.

3. 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.).
4. Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.
- 5 Эрадикация *N. gonorrhoeae*, клиническое выздоровление.

#### **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.

#### **Ответ к задаче № 2**

1. -предполагаемый источник инфицирование пациента  
-предполагаемый регион инфицирования  
-время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов  
-результаты обследования половых партнеров  
-данные акушерско – гинекологического, урологического и полового анамнеза  
- наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время  
-данные аллергоанамнеза  
-наличие соматических заболеваний  
-данные о приеме лекарственных препаратов, в том числе антибактериальных, в течение последних 3 месяцев
2. Обнаружение гонококков с помощью одного из методов:  
-микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму  
-культуральное исследование
3. Дифференциальный диагноз гонококкового эпидидимоорхита проводят с водянкой, туберкулезным или сифилитическим эпидидимоорхитом, опухолью органов мошонки, с перекрутом ножки яичка.
4. 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.



5. 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.

### 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.

### Ответ к задаче № 3.

1. Показанием к проведению лечения является обнаружение *N. gonorrhoeae* при микроскопическом и/или культуральном исследованиях и/или исследовании молекулярно-биологическими методами.

2. Одновременное лечение полового партнера является обязательным.

3. Дифференциальный диагноз гонококкового эпидидимита проводят с водянкой, туберкулезным или сифилитическим эпидидимитом, опухолью органов мошонки, с перекрутом ножки яичка.

4. Цефтриаксон 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в течение 14 дней. 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.

5. 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.

### 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.

**Ответ к задаче № 4.**

1. - микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму.
  - культуральное исследование с использованием селективных питательных сред и определением ферментативных свойств *N. gonorrhoeae* (оксидазный тест и тесты ферментации сахаров).
  - молекулярно-биологические методы исследования, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *N. gonorrhoeae*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.
2. Показанием к проведению лечения является обнаружение *N. Gonorrhoeae* при микроскопическом и/или культуральном исследованиях и/или исследовании молекулярно-биологическими методами, у пациента либо у его полового партнера.
3. - цефотаксим 1,0 внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней.  
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.
4. 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. - исключение реинфекции;
  - определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам;
  - назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов.

**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.

**Ответ к задаче № 5.**

1. -предполагаемый источник инфицирование пациента  
-предполагаемый регион инфицирования

- время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов
  - результаты обследования половых партнеров
  - данные акушерско – гинекологического, урологического и полового анамнеза
  - наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время
  - данные аллергоанамнеза
  - наличие соматических заболеваний
  - данные о приеме лекарственных препаратов, в том числе антибактериальных, в течение последних 3 месяцев
2. - гнойные выделения из уретры
    - дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)
    - зуд, жжение в области уретры
    - диспареуния (болезненность во время полового акта)
    - боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку
  3. Обнаружение гонококков с помощью одного из методов:
    - микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму
    - культуральное исследование
  4. 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).
  5. - достижение клинической эффективности лечения (снижение или исчезновение клинических симптомов заболевания)
    - достижение микробиологической эффективности лечения (эрадикация возбудителя)
    - предотвращение развития осложнений
    - предупреждение инфицирования других лиц

### **11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Собрать анамнестические данные у больных;
2. Провести забор клинического материала для лабораторных исследований;
3. Взять мазок из мочеиспускательного канала;
4. Провести массаж и получить секрет предстательной железы;
5. Исследовать секрет предстательной железы

### **12. Примерная тематика НИР по теме.**

1. Осложнения гонореи у женщин
2. Осложнения гонореи у мужчин
3. Тактика ведения больных с осложнениями гонореи.

### 13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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.	<a href="#">Кожные и венерические болезни</a> : 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.	<b>Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем</b> [Электронный ресурс] : учеб. пособие	Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск : КрасГМУ, 2017		
9.	<b>Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем</b> [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B</a>	В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей	Красноярск : КрасГМУ, 2015		

10.	<p>Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804В">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804В</a>.</p>	<p>И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]</p>	<p>Красноярск : КрасГМУ, 2014</p>		
11.	<p>Гонококковая инфекция у взрослых и детей учеб. пособие</p>	<p>Яковлева Т.А., Прохоренков В.И., Максименко В.Г.</p>	<p>Красноярск: тип. КрасГМУ, 2014.</p>		

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 №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 учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

**3. Значение темы:** Знание клинических особенностей экстрагенитальной и диссеминированной гонореи необходимо в практической работе дерматовенеролога.

### **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;

#### 4. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры.

#### 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

#### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин.- 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащённость
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, устный или письменный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков. г) интерпретация лабораторных и дополнительных методов обследования. д) выписка рецептов
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно).	90	Тесты по теме, ситуационные задачи



7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

**7. Аннотация** (краткое содержание темы).

**Гонококковый тонзиллит, ларингит, фарингит, конъюнктивит.**

Заражение происходит при орорегитальных контактах. Обычно сочетание с гонореей гениталий, однако в 1-1,5% случаев может быть изолированное поражение глотки. В 79% случаев процесс протекает субъективно-асимптомно, 15% больных жалуются на боли при глотании и у 5% определяется гнойный тонзиллит. Объективно определяется умеренная гиперемия и увеличение миндалин, гиперемия слизистой глотки и гортани. Может быть гонорейная эрозия на миндалине. Эрозия поверхностная, четко отграниченная, неправильных очертаний, серо-розового цвета. Иногда развивается шейный лимфаденит. Сложность выявления гонококка в полости рта связана с наличием здесь обильной сапрофитной флоры, и в первую очередь сапрофитных нейссерий, встречающихся у 50% здоровых людей.

Гонорейный конъюнктивит у взрослых обычно является следствием переноса возбудителя руками, загрязненными патологическим отделяемым из мочеполового тракта. Процесс может быть как одно-, так и двухсторонним. Через 3-4 дня после инфицирования развивается светобоязнь, гиперемия, отек век, гноетечение. Конъюнктура гиперемирована, отечна, болезненна, шероховатая, легко ранима. При затянувшемся процессе появляются сосочковые разрастания конъюнктивы и язвенный кератит со склонностью к перфорации. Диагноз ставится на основании клинического и микробиологического исследования.

**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. Иногда генерализация гонококковой инфекции может произойти при острой свежей гонорее. Из всех больных с ДГИ, 65-80% женщины, а первые симптомы бактериемии приурочены обычно к менструации или беременности. К развитию ДГИ предрасполагают ранний послеродовой период, ранний детский возраст, иммунодефицит особенно по системе комплемента, наличие сахарного диабета, злокачественных опухолей, ревматизма, стероидной гормонотерапии, внутривенное введение наркотиков, алкоголизм. 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. Заболевание начинается остро с транзиторного воспаления периартикулярных тканей. При этом отмечается мигрирующее, множественное припухание и гиперемия суставов. Общее состояние больного ухудшается, температура субфебрильная, реже фебрильная. В легких случаях объективные признаки артрита минимальные, отмечается только "летучая" артралгия. Общее состояние, температура в норме. Через несколько суток процесс останавливается на нескольких суставах, развивается синовит, тендовагинит, начинает формироваться синовиальный выпот. У 60% больных не удается обнаружить явных признаков выпота. В первые 2-5 суток преобладают симптомы синовита, тендовагинита. Кожа над суставом горячая на ощупь, гиперемирована, отечна, определяются болевые точки в местах прикрепления мышц и сухожилий, резко болезненные активные и менее болезненные пассивные движения. В этом периоде выпот незначителен - "сухой" артрит. Позднее появляется серозный, серозно-гнойный, гнойный выпот. Гнойный артрит сопровождается повышением температуры, ухудшением общего состояния, может осложниться периартикулярной флегмоной и остеомиелитом, особенно при сопутствующих системных заболеваниях. Без лечения процесс может привести к деструкции суставных поверхностей и анкилозу. Первые рентгенологические признаки деструкции суставного хряща, сужение суставной щели определяются через 1-2 недели от начала артрита.

### **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. Могут одновременно находиться в разных стадиях развития. Вначале, как правило, появляется небольшое эритематозное или геморрагическое пятнышко, которое затем либо исчезает, либо эволюционирует дальше через папулезную, папуло-везикулезную, везикуло-пустулезную, геморрагическую и некротическую фазу. Пузыри с геморрагическим содержимым могут достигать 2-3 см. в диаметре. Но чаще образуется

папуло-пустула с запавшим грязно-серым некротическим центром, окруженная фиолетовым эритематозно-геморрагическим венчиком. Элементы сыпи как правило исчезают через 4-5 дней после своего появления, не оставляя после себя рубцов. Гонококк из содержимого пустулы высеивается в 5-25% случаев.

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. Объективных изменений нет. В случае развития миозита к болям присоединяются объективные изменения: в толще мышцы пальпаторно определяется болезненный инфильтрат, отек; кожа над местом поражения иногда гиперемирована. Функция мышцы практически не страдает. Так как миозит напрямую связан с артритом, он обычно множественный. Температура тела умеренно повышена. Обычный исход гонорейного миозита - полное выздоровление. Иногда инфильтрат переходит в абсцесс, еще реже развивается атрофия мышцы.

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. Как правило, гонококковый периостит протекает с минимальными клиническими проявлениями и поэтому не диагностируется. В случае длительного процесса может развиваться остеопериостит. При этом имеет место ограниченное утолщение кости и образование экзостозов. Чаще всего поражаются ребра, грудина, ключицы, верхний конец большеберцовой кости, нижний конец плечевой кости, фаланги рук и ног. Гонорейный остеомиелит также является осложнением артрита. Появляется болезненная припухлость соответственно локализации поражения, костная боль, повышение температуры, нарушение общего состояния. При запоздалой диагностике над пораженным участком на коже появляется отек, гиперемия, формируется свищ, флегмона. Рентгенологически определяется деструкция костной ткани, секвестры, отслойка периоста.

## **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Этиологические и патогенетические факторы развития гонореи
2. Особенности клинических проявлений экстрагенитальной гонореи;
3. Особенности клинических проявлений диссеминированной гонореи;
4. Дифференциальная диагностика гонореи;

## **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

Правильный ответ: 1,2,3,5

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

Правильный ответ: 1,2,3,4

3. К ДИССЕМИНИРОВАННОЙ 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

Правильный ответ: 1,3,4,5

4. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ГОНОРЕИ 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

Правильный ответ: 1,3,4,5

5. К ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМ ФОРМАМ ГОНОРЕИ ОТНОСЯТСЯ ГОНОРЕЙНЫЙ (УК-1, ПК-6)

- 1) проктит
- 2) цистит
- 3) пиелонефрит
- 4) тонзиллит
- 5) миозит

Правильный ответ: 1,2,3,4

6. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГОНОКОККОВОЙ ОФТАЛЬМИИ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9) НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ

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

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4

7. В ЛЕЧЕНИИ ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ (УК-1, ПК-6)

- 1) цефтриаксон
- 2) спектиномицин
- 3) джозамицин
- 4) доксициклин
- 5) вильпрафен

Правильный ответ: 1,2,3,4

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

Правильный ответ: 5

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

Правильный ответ: 5

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 конфронтации
- 4) по характеру выделений
- 5) бактериоскопически и бактериологически

Правильный ответ: 5

#### **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

##### **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.

##### **Ответ к задаче № 1.**

1. Прохождение через родовые пути больной матери.
2. Резкая болезненность пораженного глаза, слезотечение, отечность век, светобоязнь, обильное гнойное отделяемое в углах пораженного глаза.

3. Отечность век, гиперемия кожных покровов и слизистых оболочек пораженного глаза, обильное гнойное отделяемое в углах пораженного глаза.

4. Цефтриаксон, спектиномицин.

5. 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.

### **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.

### **Ответ к задаче № 2.**

1. Цефтриаксон, цефиксим, спектиномицин
2. Эрадикация *N. gonorrhoeae*, клиническое выздоровление.
3. 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.
4. Исключение реинфекции, определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам, назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов.

### **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.

**Ответ к задаче № 3.**

1. 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.

2. Эрадикация *N. gonorrhoeae*, исчезновение клинических симптомов заболевания, предотвращение развития осложнений, предупреждение инфицирования других лиц.

3. 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.).

4. Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

5. Эрадикация *N. gonorrhoeae*, клиническое выздоровление.

**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.

**Ответ к задаче № 4.**

1. -предполагаемый источник инфицирование пациента  
-предполагаемый регион инфицирования  
-время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов  
-результаты обследования половых партнеров  
-данные акушерско – гинекологического, урологического и полового анамнеза  
- наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время  
-данные алергоанамнеза  
-наличие соматических заболеваний  
-данные о приеме лекарственных препаратов, в том числе антибактериальных, в течение последних 3 месяцев
2. Обнаружение гонококков с помощью одного из методов:  
-микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму

-культуральное исследование

3. Дифференциальный диагноз гонококкового эпидидимоорхита проводят с водянкой, туберкулезным или сифилитическим эпидидимоорхитом, опухолью органов мошонки, с перекрутом ножки яичка.

4. 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.

5. 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.

#### 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.

#### Ответ к задаче № 5.

1. Показанием к проведению лечения является обнаружение *N. gonorrhoeae* при микроскопическом и/или культуральном исследованиях и/или исследовании молекулярно-биологическими методами.

2. Одновременное лечение полового партнера является обязательным.

3. Дифференциальный диагноз гонококкового эпидидимита проводят с водянкой, туберкулезным или сифилитическим эпидидимитом, опухолью органов мошонки, с перекрутом ножки яичка.

4. Цефтриаксон 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в течение 14 дней. 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.

5. 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.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Пальпация мочеиспускательного канала.
2. Пальпация бульбоуретральных желёз.
3. Пальпация семенных пузырьков и получение их секрета.
4. Двухстаканная проба ( проба Томпсона)
5. Трёхстаканная проба Ядассона.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Поражения кожи, костей и суставов при гонорее.
2. Проявления экстрагенитальной гонорее.
3. Особенности проявлений экстрагенитальной гонорее у детей.

### 13. Рекомендованная литература по теме занятия:

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель , редактор	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
1.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm</a> 1	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.	<a href="#">Кожные и венерические болезни</a> : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В.	Красноярск:		

		Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063B</a>	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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804B</a> .	И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2014		
11.	Гонококковая инфекция у взрослых и детей учеб. пособие	Яковлева Т.А., Прохоренков В.И., Максименко В.Г.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2014.		

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 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

**Занятие №40**

**Тема: «Гонококковая инфекция ротоглотки и глаз.  
Диссеминированная гонорея»**

**2.Форма организации  
учебного процесса:**  
практическое занятие.

**3.Методы обучения:**  
активные  
(объяснительно-  
иллюстративный,  
проблемного изложения)

**4. Значение темы.**

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

## **Цели обучения:**

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

способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального дерматовенерологического содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности;

способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.

способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области дерматовенерологии;

способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;

способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при кожных заболеваниях и инфекциях, передаваемых половым путем, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний;

-учебная:

- знать:

анатомо-физиологические основы строения кожи;

основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;

знать общие патологические процессы в эпидермисе и дерме;

знать патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов;

знать гистологические характеристики первичных и вторичных морфологических элементов сыпи.

- уметь:

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

- владеть:

алгоритмами постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со

здоровьем (МКБ);  
основами диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний.

#### **5. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры.

#### **6. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, гистологические препараты.

#### **7. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта практического занятия (540 мин. - 12 академических часа).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке

			рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

#### **8. Аннотация (краткое содержание темы)**

##### **Гонококковый тонзиллит, ларингит, фарингит, конъюнктивит.**

Заражение происходит при орорегенитальных контактах. Обычно сочетание с гонореей гениталий, однако в 1-1,5% случаев может быть изолированное поражение глотки. В 79% случаев процесс протекает субъективно-асимптомно, 15% больных жалуются на боли при глотании и у 5% определяется гнойный тонзиллит. Объективно определяется умеренная гиперемия и увеличение миндалин, гиперемия слизистой глотки и гортани. Может быть гонорейная эрозия на миндалине. Эрозия поверхностная, четко отграниченная, неправильных очертаний, серо-розового цвета. Иногда развивается шейный лимфаденит. Сложность выявления гонококка в полости рта связана с наличием здесь обильной сапрофитной флоры, и в первую очередь сапрофитных нейссерий, встречающихся у 50% здоровых людей.

Гонорейный конъюнктивит у взрослых обычно является следствием переноса возбудителя руками, загрязненными патологическим отделяемым из мочеполового тракта. Процесс может быть как одно-, так и двухсторонним. Через 3-4 дня после инфицирования развивается светобоязнь, гиперемия, отек век, гноетечение. Конъюнктива гиперемирована, отечна, болезненна, шероховатая, легко ранима. При затянувшемся процессе появляются сосочковые разрастания конъюнктивы и язвенный кератит со склонностью к перфорации. Диагноз ставится на основании клинического и микробиологического исследования.

##### **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. Иногда генерализация гонококковой инфекции может произойти при острой свежей гонорее. Из всех больных с ДГИ, 65-80% женщины, а первые симптомы бактериемии приурочены обычно к менструации или беременности. К развитию ДГИ предрасполагают ранний послеродовой период, ранний детский возраст, иммунодефицит особенно по системе комплемента, наличие сахарного диабета, злокачественных опухолей, ревматизма, стероидной гормонотерапии, внутривенное введение наркотиков, алкоголизм. 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. Заболевание начинается остро с транзиторного воспаления периартикулярных тканей. При этом отмечается мигрирующее, множественное припухание и гиперемия суставов. Общее состояние больного ухудшается, температура субфебрильная, реже фебрильная. В легких случаях объективные признаки артрита минимальные, отмечается только "летучая" артралгия. Общее состояние, температура в норме. Через несколько суток процесс останавливается на нескольких суставах, развивается синовит, тендовагинит, начинает формироваться синовиальный выпот. У 60% больных не удается обнаружить явных признаков выпота. В первые 2-5 суток преобладают симптомы синовита, тендовагинита. Кожа над суставом горячая на ощупь, гиперемирована, отечна, определяются болевые точки в местах прикрепления мышц и сухожилий, резко болезненные активные и менее болезненные пассивные движения. В этом периоде выпот незначителен - "сухой" артрит. Позднее появляется серозный, серозно-гнойный, гнойный выпот. Гнойный артрит сопровождается повышением температуры, ухудшением общего состояния, может осложниться периартикулярной флегмоной и остеомиелитом, особенно при сопутствующих системных заболеваниях. Без лечения процесс может привести к деструкции суставных поверхностей

и анкилозу. Первые рентгенологические признаки деструкции суставного хряща, сужение суставной щели определяются через 1-2 недели от начала артрита.

#### **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. Могут одновременно находиться в разных стадиях развития. Вначале, как правило, появляется небольшое эритематозное или геморрагическое пятнышко, которое затем либо исчезает, либо эволюционирует дальше через папулезную, папуло-везикулезную, везикуло-пустулезную, геморрагическую и некротическую фазу. Пузыри с геморрагическим содержимым могут достигать 2-3 см. в диаметре. Но чаще образуется папуло-пустула с запавшим грязно-серым некротическим центром, окруженная фиолетовым эритематозно-геморрагическим венчиком. Элементы сыпи как правило исчезают через 4-5 дней после своего появления, не оставляя после себя рубцов. Гонококк из содержимого пустулы высевается в 5-25% случаев.

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. Объективных изменений нет. В случае развития миозита к болям присоединяются объективные изменения: в толще мышцы пальпаторно определяется болезненный инфильтрат, отек; кожа над местом поражения иногда гиперемирована. Функция мышцы практически не страдает. Так как миозит напрямую связан с артритом, он обычно множественный. Температура тела умеренно повышена. Обычный исход гонорейного миозита - полное выздоровление. Иногда инфильтрат переходит в абсцесс, еще реже развивается атрофия мышцы.

Гонорейное поражение костей - крайне редкое осложнение. Чаще проявляется гонорейным периоститом. Развивается вторично в случае воспалительного процесса с сустава, сухожильного влагалища, суставной сумки. Клинически определяется ограниченное, болезненное утолщение на кости, над местом поражения кожа отечна, гиперемирована. Как правило, гонококковый периостит протекает с минимальными клиническими проявлениями и поэтому не диагностируется. В случае длительного процесса может развиваться остеопериостит. При этом имеет место ограниченное утолщение кости и образование экзостозов. Чаще всего поражаются ребра, грудина, ключицы, верхний конец большеберцовой кости, нижний конец плечевой кости, фаланги рук и ног. Гонорейный остеомиелит также является осложнением артрита. Появляется болезненная припухлость соответственно локализации поражения, костная боль, повышение температуры, нарушение общего состояния. При запоздалой диагностике над пораженным участком на коже появляется отек, гиперемия, формируется свищ, флегмона. Рентгенологически определяется деструкция костной ткани, секвестры, отслойка периоста.

#### **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Этиологические и патогенетические факторы развития гонореи
2. Особенности клинических проявлений экстрагенитальной гонореи;



3. Особенности клинических проявлений диссеминированной гонореи;
4. Дифференциальная диагностика гонореи;

**9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

Правильный ответ: 1,2,3,5

**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

Правильный ответ: 1,2,3,4

**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

Правильный ответ: 1,3,4,5

**4. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ГОНОРЕИ 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

Правильный ответ: 1,3,4,5

5. К ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМ ФОРМАМ ГОНОРЕИ ОТНОСЯТСЯ ГОНОРЕЙНЫЙ (УК-1, ПК-6)

- 1) проктит
- 2) цистит
- 3) пиелонефрит
- 4) тонзиллит
- 5) миозит

Правильный ответ:1,2,3,4

6. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГОНОКОККОВОЙ ОФТАЛЬМИИ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9) НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ

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

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4

7. В ЛЕЧЕНИИ ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ (УК-1, ПК-6)

- 1) цефтриаксон
- 2) спектиномицин
- 3) джозамицин
- 4) доксициклин
- 5) вильпрафен

Правильный ответ:1,2,3,4

8. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6) через 7 дней

через 10 дней

через месяц

через 3 недели

через 14 дней

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ:5

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 конфронтации
- 4) по характеру выделений
- 5) бактериоскопически и бактериологически

Правильный ответ:5

**10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**Задача № 1**

В родильном доме у новорожденного диагностирована гонококковая офтальмия.

Укажите путь инфицирования новорожденного.

Какие субъективные симптомы характерны для гонококковой инфекции глаз?

Какие объективные симптомы характерны для гонококковой инфекции глаз?

Какими препаратами проводится лечение гонококковой офтальмии новорожденных?

Профилактика гонококковой офтальмии новорожденных.

**Ответ к задаче № 1.**

1. Прохождение через родовые пути больной матери.
2. Резкая болезненность пораженного глаза, слезотечение, отечность век, светобоязнь, обильное гнойное отделяемое в углах пораженного глаза.
3. Отечность век, гиперемия кожных покровов и слизистых оболочек пораженного глаза, обильное гнойное отделяемое в углах пораженного глаза.
4. Цефтриаксон, спектиномицин.
5. 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.

**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.

Какие антибиотики применяются для лечения гонококкового фарингита?

Требования к результатам проведенного лечения.

Контроль излеченности.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

### **Ответ к задаче № 2.**

1. Цефтриаксон, цефиксим, спектиномицин

2. Эрадикация *N. gonorrhoeae*, клиническое выздоровление.

3. 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.

4. Исключение реинфекции, определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам, назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов.

### **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.

Какое лечение проводится при гонококковом пельвиоперитоните?

Цели лечения.

Дифференциальный диагноз гонококкового пельвиоперитонита.

Тактика в отношении половых партнеров.

Требования к результатам лечения.

### **Ответ к задаче № 3.**

1. 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.

2. Эрадикация *N. gonorrhoeae*, исчезновение клинических симптомов заболевания, предотвращение развития осложнений, предупреждение инфицирования других лиц.

3. 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.).

4. Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

5. Эрадикация *N. gonorrhoeae*, клиническое выздоровление.

#### 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.

Какие анамнестические данные необходимо выяснить у больного?

Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?

Дифференциальный диагноз заболевания.

Назначьте лечение больному.

Контроль излеченности заболевания.

#### Ответ к задаче № 4.

1. -предполагаемый источник инфицирование пациента

-предполагаемый регион инфицирования

-время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов

-результаты обследования половых партнеров

-данные акушерско – гинекологического, урологического и полового анамнеза

- наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время

-данные аллергоанамнеза

-наличие соматических заболеваний

-данные о приеме лекарственных препаратов, в том числе антибактериальных, в течение последних 3 месяцев

2. Обнаружение гонококков с помощью одного из методов:

-микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму

-культуральное исследование

3. Дифференциальный диагноз гонококкового эпидидимоорхита проводят с водянкой, туберкулезным или сифилитическим эпидидимоорхитом, опухолью органов мошонки, с перекрутом ножки яичка.

4. 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.

5. 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.

### **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.

### **Ответ к задаче № 5.**

1. Показанием к проведению лечения является обнаружение *N. gonorrhoeae* при микроскопическом и/или культуральном исследованиях и/или исследовании молекулярно-биологическими методами.
2. Одновременное лечение полового партнера является обязательным.
3. Дифференциальный диагноз гонококкового эпидидимита проводят с водянкой, туберкулезным или сифилитическим эпидидимитом, опухолью органов мошонки, с перекрутом ножки яичка.
4. Цефтриаксон 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в течение 14 дней. 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.
5. 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.

### **11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Пальпация мочеиспускательного канала.
2. Пальпация бульбоуретральных желёз.
3. Пальпация семенных пузырьков и получение их секрета.
4. Двухстаканная проба ( проба Томпсона)
5. Трёхстаканная проба Ядассона.

### **12. Примерная тематика НИР по теме.**

1. Поражения кожи, костей и суставов при гонорее.
2. Проявления экстрагенитальной гонорее.
3. Особенности проявлений экстрагенитальной гонорее у детей.

### 13. 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804В. И.">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804В. И.</a>	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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063</a>	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 РЕКОМЕНДАЦИИ  
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

**для специальности Дерматовенерология**

клиническая ординатура

**К 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



**Тема: «Гонорея. Диагностика. Лечение.  
Контроль излеченности»**

**2.Форма организации  
учебного процесса:**  
практическое занятие.

**3.Методы обучения:**  
активные  
(объяснительно-  
иллюстративный,  
проблемного изложения)

#### **4. Значение темы.**

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

#### **Цели обучения:**

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

способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального дерматовенерологического содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности;

способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.

способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области дерматовенерологии;

способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;

способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при кожных заболеваниях и инфекциях, передаваемых половым путем, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные

диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний;

-учебная:

- знать:

анатоμο-физиологические основы строения кожи;  
основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;  
знать общие патологические процессы в эпидермисе и дерме;  
знать патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов;  
знать гистологические характеристики первичных и вторичных морфологических элементов сыпи.

- уметь:

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

- владеть:

алгоритмами постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);

основами диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний.

## **5. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры.

## **6. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, гистологические препараты.

## **7. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта практического занятия (540 мин. - 12 академических часа).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия

3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

#### **8. Аннотация** (краткое содержание 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.

#### **Показания к проведению лечения.**

Показанием к проведению лечения является обнаружение *N. Gonorrhoeae* 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.

Антибактериальное лечение больному гонококковой инфекцией назначается после установления диагноза, в ряде случаев – по эпидемиологическим показаниям до получения результатов лабораторных исследований с дальнейшим подтверждением диагноза одним из методов.

#### **Цели лечения:**

- эрадикация *N. gonorrhoeae*;
- исчезновение клинических симптомов заболевания;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

#### **Общие замечания по фармакотерапии**

Лечение беременных, больных гонококковой инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод при участии акушеров-гинекологов.

Лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных гонококковой инфекцией, проводится при участии неонатологов. Рекомендуется проводить профилактическое лечение даже при отсутствии у них гонококковой инфекции. Лечение гонококковой инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых.

Согласно данным о профиле резистентности гонококка в Российской Федерации наблюдаются однонаправленные тенденции роста устойчивости к пенициллинам, тетрациклинам, фторхинолонам, азитромицину, и во всех Федеральных округах, за исключением Уральского, – к спектиномицину. Лечение гонококковой инфекции препаратами, не вошедшими в клинические рекомендации (пенициллинами, тетрациклинами, фторхинолонами, азитромицином) возможно только при доказанной чувствительности выделенного клинического изолята к ним.

#### **Схемы лечения**

*Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта (A54.0), гонококкового фарингита (A54.5) и гонококковой инфекции аноректальной области (A54.6):*

- 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 (A54.3) у взрослых:*

- цефтриаксон 1,0 г однократно внутримышечно.

*Лечение гонококковой инфекций нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез (A54.1), гонококкового пельвиоперитонита и другой гонококковой инфекций мочеполовых органов (A54.2):*

- 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.

### **Особые ситуации**

*Лечение беременных:*

- цефтриаксон 250 мг однократно внутримышечно  
или
- цефиксим 400 мг однократно  
или
- спектиномицин 2,0 г однократно внутримышечно (только для Уральского федерального округа).

*Лечение детей (при массе тела менее 45 кг):*

- цефтриаксон 125 мг однократно внутримышечно  
или
- спектиномицин 40 мг/кг массы тела (не более 2,0 г) однократно внутримышечно (только для Уральского федерального округа).

*Лечение офтальмии новорожденных:*

- цефтриаксон – 25–50 мг/кг массы тела (не более 125 мг) 1 раз в суткитвнутримышечно или внутривенно в течение 2–3 дней  
или
- спектиномицин 40 мг/кг массы тела (не более 2,0 г) однократно внутримышечно (только для Уральского федерального округа).

*Профилактика гонококковой офтальмии новорожденных*

Профилактику офтальмии следует проводить всем новорожденным сразу же после рождения одним из нижеуказанных препаратов:

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

## **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Методы лабораторного исследования гонореи.
2. Показания к проведению лечения гонореи.
3. Схемы лечения гонореи у взрослых и детей.

## **9. Тестовые задания по теме по теме с эталонами ответов.**

Выберите один или несколько правильных ответ.

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

Правильный ответ:1,2,4

2. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

через 7 дней

через 10 дней

через месяц

через 3 недели

через 14 дней

Правильный ответ:5

3. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, БОЛЬНЫХ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПРОВОДИТСЯ АНТИБИОТИКОМ (УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

пенициллином

цефтриаксоном

вильпрафеном

эритромицином

тетрациклином

Правильный ответ:2

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

Правильный ответ:1,2,3

5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ С (УК-1, ПК-6)

трихомонадозом

микоплазмозом

кандидозом

хламидиозом

со всеми перечисленными

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ:1,2,3,4

7. В ЛЕЧЕНИИ ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

- 1) цефтриаксон
- 2) спектиномицин
- 3) джозамицин
- 4) доксициклин
- 5) вильпрафен

Правильный ответ:1,2

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

Правильный ответ:1,2,4

9. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, БОЛЬНЫХ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПРОВОДИТСЯ АНТИБИОТИКОМ (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6)

пенициллином

цефтриаксоном

вильпрафеном

эритромицином

тетрациклином

Правильный ответ:2



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

Правильный ответ:3

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

Правильный ответ:1

## 10. Ситуационные задачи по теме с этаонами ответов.

### Задача № 1

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.

На каком сроке беременности осуществляется лечение беременных, больных гонококковой инфекцией?

Какими антибиотиками проводится лечение беременных, больных гонореей?

Рекомендуется ли в дальнейшем проводить лечение новорожденного?

Тактика в отношении половых партнеров.

Требования к результатам лечения.

### Ответ к задаче № 1

1. Лечение беременных, больных гонококковой инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности.
2. Цефтриаксон, цефиксим, спектиномицин.
3. Лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных гонококковой инфекцией, проводится при участии неонатологов. Рекомендуется проводить профилактическое лечение даже при отсутствии у них гонококковой инфекции.
4. Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.
5. Эрадикация *N. gonorrhoeae*, клиническое выздоровление.

### Задача № 2

В родильном доме у новорожденного диагностирована гонококковая офтальмия.

Укажите путь инфицирования новорожденного.

Какие субъективные симптомы характерны для гонококковой инфекции глаз?

Какие объективные симптомы характерны для гонококковой инфекции глаз?

Какими препаратами проводится лечение гонококковой офтальмии новорожденных?

Профилактика гонококковой офтальмии новорожденных.

### **Ответ к задаче № 2**

1. Прохождение через родовые пути больной матери.
2. Резкая болезненность пораженного глаза, слезотечение, отечность век, светобоязнь, обильное гнойное отделяемое в углах пораженного глаза.
3. Отечность век, гиперемия кожных покровов и слизистых оболочек пораженного глаза, обильное гнойное отделяемое в углах пораженного глаза.
4. Цефтриаксон, спектиномицин.
5. 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.

### **Задача № 3**

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?

Требования к результатам проведенного лечения.

Контроль излеченности.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

### **Ответ к задаче № 3**

1. Цефтриаксон , цефиксим, спектиномицин
2. Эрадикация *N. gonorrhoeae*, клиническое выздоровление.
3. 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.
4. Исключение реинфекции, определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам, назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов.

### **Задача №4**

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.

#### **Ответ к задаче № 4**

1. 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.

2. Эрадикация *N. gonorrhoeae*, исчезновение клинических симптомов заболевания, предотвращение развития осложнений, предупреждение инфицирования других лиц.

3. 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.).

4. Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

5. Эрадикация *N. gonorrhoeae*, клиническое выздоровление.

#### **Задача № 5**

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.

Какие анамнестические данные необходимо выяснить у больного?

Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?

Дифференциальный диагноз заболевания.

Назначьте лечение больному.

Контроль излеченности заболевания.

#### **Ответ к задаче № 5**

1.-предполагаемый источник инфицирование пациента

-предполагаемый регион инфицирования

- время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов
  - результаты обследования половых партнеров
  - данные акушерско – гинекологического, урологического и полового анамнеза
  - наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время
  - данные алергоанамнеза
  - наличие соматических заболеваний
  - данные о приеме лекарственных препаратов, в том числе антибактериальных, в течение последних 3 месяцев
2. Обнаружение гонококков с помощью одного из методов:
- микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму
  - культуральное исследование
3. Дифференциальный диагноз гонококкового эпидидимоорхита проводят с водянкой, туберкулезным или сифилитическим эпидидимоорхитом, опухолью органов мошонки, с перекрутом ножки яичка.
4. 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.
5. 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.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Пальпация мочеиспускательного канала.
2. Пальпация бульбоуретральных желёз.
3. Пальпация семенных пузырьков и получение их секрета.
4. Двухстаканная проба ( проба Томпсона)
5. Трёхстаканная проба Ядассона.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

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

### 13. Рекомендованная литература по теме занятия:

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

п			, год	библиотеке	кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804</a> 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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063</a>	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 РЕКОМЕНДАЦИИ  
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

**для специальности Дерматовенерология**

клиническая ординатура

**К 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  
учебного процесса:**  
практическое занятие.

**3.Методы обучения:**  
активные  
(объяснительно-  
иллюстративный,  
проблемного изложения)

**4. Значение темы.**

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

### **Цели обучения:**

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

способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального дерматовенерологического содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности;

способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.

способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области дерматовенерологии;

способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;

способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при кожных заболеваниях и инфекциях, передаваемых половым путем, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний;

-учебная:

- знать:

анатомо-физиологические основы строения кожи;

основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;

знать общие патологические процессы в эпидермисе и дерме;

знать патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов;

знать гистологические характеристики первичных и вторичных морфологических элементов сыпи.

- уметь:

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



- владеть:

алгоритмами постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);

основами диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний.

#### **5. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры.

#### **6. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, гистологические препараты.

#### **7. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта практического занятия** (540 мин. - 12 академических часа).

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней

			в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

#### 8. Аннотация (краткое содержание темы)

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 - А56., А74.0

#### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

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.

## 8. Вопросы по теме занятия.

Этиологические и патогенетические факторы развития хламидийной инфекции.

Классификация хламидиоза.

Особенности клинических проявлений хламидиоза у взрослых и детей.

## 9. Тестовые задания по теме по теме с эталонами ответов.

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

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ:5

3. ПУТЯМИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ХЛАМИДИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-6, ПК-9)

- 1) ПЛОДА - АНТЕ-ИИНТРАНАТАЛЬНЫЙ
- 2) ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫЙ
- 3) ПОЛОВОЙ
- 4) ПОЛОВОЙ; ИНФИЦИРОВАНИЕ ПЛОДА АНТЕ-ИИНТРАНАТАЛЬНО
- 5) ИНФИЦИРОВАНИЕ ПЛОДА АНТЕ-ИИНТРАНАТАЛЬНО; ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫЙ, ПОЛОВОЙ

Правильный ответ:4

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

Правильный ответ:4

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

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ:3

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

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ:3

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

Правильный ответ:3

## **10. Ситуационные задачи по теме с этапами ответов.**

### **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.

### Ответ к задаче №1

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

Урогенитальный хламидиоз является широко распространенной инфекцией, передаваемой половым путем (ИППП). Неуклонный рост выявляемости заболевания в различных странах объясняется внедрением скрининга хламидийной инфекции и использованием чувствительных методов диагностики, таких как амплификация нуклеиновых кислот.

Распространенность хламидийной инфекции в популяции варьирует в зависимости от возраста, при этом наиболее высокая заболеваемость отмечается у лиц моложе 25 лет. В Российской Федерации заболеваемость хламидийной инфекцией в 2011 году составила 66,3 на 100 000 населения. Однако эти цифры скорее отражают неполную регистрацию заболевания, чем реальную заболеваемость по стране.

2. ■ гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;

■ слизисто-гнойные или слизистые выделения из уретры

3. 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 *C. 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.

4. ■ эрадикация *C. trachomatis*;

■ клиническое выздоровление;

■ предотвращение развития осложнений;

■ предупреждение инфицирования других лиц.

5. Доксициклина моногидрат 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней

### 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.

### Ответ к задаче №2

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

■ отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

2. 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.

3. джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней

4. 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.

5. ■ исключение реинфекции;

■ назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы.

### 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 *C. 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.

#### Ответ к задаче №3

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

■ отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

2. Симптомы хламидийной инфекции нижних отделов мочеполового тракта – уретрит и цервицит – не являются специфичными, что диктует необходимость проведения лабораторных исследований для исключения других урогенитальных заболеваний, обусловленных патогенными (*N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*) и условно-патогенными микроорганизмами (грибами рода *Candida*, генитальными микоплазмами и микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом) и вирусами (вирусом простого герпеса).

Дифференциальный диагноз хламидийной инфекции верхних отделов половой системы женщин проводят с внематочной беременностью, эндометриозом, осложненной кистой яичника, заболеваниями органов брюшной полости (панкреатитом, холециститом и др.).

3. ■ джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней.

4. ■ эрадикация *C. trachomatis*;

■ клиническое выздоровление.

5. 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.

#### 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.

#### Ответ к задаче №4

1. ■ слизисто-гнойные выделения из половых путей;

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

■ зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании.

2. 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 *C. 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.

3. Лечение детей (с массой тела менее 45 кг) джозамицин 50 мг/кг массы тела в сутки, разделенные на 3 приема, в течение 7 дней.

4. ■ эрадикация *C. trachomatis*;

■ клиническое выздоровление;

■ предотвращение развития осложнений;

■ предупреждение инфицирования других лиц.

5. Лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных хламидийной инфекцией, проводится при участии неонатологов. Лечение хламидийной инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых с учетом противопоказаний.

#### 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 *C. 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

#### Ответ к задаче №5

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

Урогенитальный хламидиоз является широко распространенной инфекцией, передаваемой половым путем (ИППП). Неуклонный рост выявляемости заболевания в различных странах объясняется внедрением скрининга хламидийной инфекции и использованием чувствительных методов диагностики, таких как амплификация нуклеиновых кислот.

Распространенность хламидийной инфекции в популяции варьирует в зависимости от возраста, при этом наиболее высокая заболеваемость отмечается у лиц моложе 25 лет. В Российской Федерации заболеваемость хламидийной инфекцией в 2011 году составила 66,3 на 100 000 населения. Однако эти цифры скорее отражают неполную регистрацию заболевания, чем реальную заболеваемость по стране.

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

3. ■ джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней

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.

4. ■ эрадикация *C. trachomatis*;

■ клиническое выздоровление.

5. 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.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Клинические проявления хламидийной инфекции у взрослых и детей.
2. Дифференциальная диагностика хламидийной инфекции.

### 13. 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804</a> 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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063</a>	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 РЕКОМЕНДАЦИИ  
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

**для специальности Дерматовенерология**

клиническая ординатура

**К 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 учебного процесса:**  
практическое занятие.

**3.Методы обучения:**  
активные  
(объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

#### 4. Значение темы.

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

#### Цели обучения:

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

способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального дерматовенерологического содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности;

способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.

способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области дерматовенерологии;

способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ,

основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем; способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при кожных заболеваниях и инфекциях, передаваемых половым путем, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний;

-учебная:

- знать:

анатомо-физиологические основы строения кожи;  
основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;  
знать общие патологические процессы в эпидермисе и дерме;  
знать патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов;  
знать гистологические характеристики первичных и вторичных морфологических элементов сыпи.

- уметь:

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

- владеть:

алгоритмами постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);  
основами диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний.

## **5. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры.

## **6. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, гистологические препараты.

## **7. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта практического занятия** (540 мин. - 12 академических часа).

№	Этапы практического занятия	Продолж	Содержание этапа и оснащённость
---	-----------------------------	---------	---------------------------------

п/п		ительность (мин)	
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).



	Всего:	540	

## 8. Аннотация (краткое содержание 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 *C. 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

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 (А 56.1, А 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.

*Хламидийная инфекция*

*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.

## **8. Вопросы по теме занятия.**

Диагностические тесты, позволяющие верифицировать хламидиоз.

Схемы лечения хламидиоза.

## **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ:5

3. ПУТЯМИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ХЛАМИДИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК-6, ПК-9):

1) плода - анте-интранатальный

2) воздушно-капельный

3) половой

4) половой; инфицирование плода анте-интранатально

5) инфицирование плода анте-интранатально; воздушно-капельный, половой

Правильный ответ:4

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

Правильный ответ:4

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

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ:3

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

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ:3

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

Правильный ответ:3

#### **10. Ситуационные задачи по теме с этаонами ответов.**

##### **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.

#### Ответ к задаче №1

1. 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. Урогенитальный хламидиоз является широко распространенной инфекцией, передаваемой половым путем (ИППП). Неуклонный рост выявляемости заболевания в различных странах объясняется внедрением скрининга хламидийной инфекции и использованием чувствительных методов диагностики, таких как амплификация нуклеиновых кислот. Распространенность хламидийной инфекции в популяции варьирует в зависимости от возраста, при этом наиболее высокая заболеваемость отмечается у лиц моложе 25 лет. В Российской Федерации заболеваемость хламидийной инфекцией в 2011 году составила 66,3 на 100 000 населения. Однако эти цифры скорее отражают неполную регистрацию заболевания, чем реальную заболеваемость по стране.

2. ■ гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;

■ слизисто-гнойные или слизистые выделения из уретры

3. 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 *C. 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.

4. ■ эрадикация *C. trachomatis*;

■ клиническое выздоровление;

■ предотвращение развития осложнений;

■ предупреждение инфицирования других лиц.

5. Доксициклина моногидрат 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней

#### 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.

#### **Ответ к задаче №2**

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

■ отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

2. 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.

3. джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней

4. 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.

5. ■ исключение реинфекции;

■ назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы.

#### **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 *C. 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.

### Ответ к задаче №3

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

■ отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

2. Симптомы хламидийной инфекции нижних отделов мочеполового тракта – уретрит и цервицит – не являются специфичными, что диктует необходимость проведения лабораторных исследований для исключения других урогенитальных заболеваний, обусловленных патогенными (*N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*) и условно-патогенными микроорганизмами (грибами рода *Candida*, генитальными микоплазмами и микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом) и вирусами (вирусом простого герпеса).

Дифференциальный диагноз хламидийной инфекции верхних отделов половой системы женщин проводят с внематочной беременностью, эндометриозом, осложненной кистой яичника, заболеваниями органов брюшной полости (панкреатитом, холециститом и др.).

3. ■ джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней.

4. ■ эрадикация *C. trachomatis*;

■ клиническое выздоровление.

5. 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.

### 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.

### Ответ к задаче №4

1. ■ слизисто-гнойные выделения из половых путей;

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

- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании.
2. 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 *C. 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 иммуофлюоресценция (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) для обнаружения антител к *C. trachomatis*, микроскопический и морфологический методы недопустимо использовать для диагностики хламидийной инфекции.
3. Лечение детей (с массой тела менее 45 кг): джозамицин 50 мг/кг массы тела в сутки, разделенные на 3 приема, в течение 7 дней.
4. ■ эрадикация *C. trachomatis*;
- клиническое выздоровление;
  - предотвращение развития осложнений;
  - предупреждение инфицирования других лиц.
5. Лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных хламидийной инфекцией, проводится при участии неонатологов. Лечение хламидийной инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых с учетом противопоказаний.

#### **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 *C. 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

#### **Ответ к задаче №5**

1. 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. Урогенитальный хламидиоз является широко распространенной инфекцией, передаваемой половым путем (ИППП). Неуклонный рост выявляемости заболевания в различных странах объясняется внедрением скрининга хламидийной инфекции и использованием чувствительных методов диагностики, таких как амплификация нуклеиновых кислот. Распространенность хламидийной инфекции в популяции варьирует в зависимости от возраста, при этом наиболее высокая заболеваемость отмечается у лиц моложе 25 лет. В Российской Федерации заболеваемость хламидийной инфекцией в 2011 году составила 66,3 на 100 000 населения. Однако эти цифры скорее отражают неполную регистрацию заболевания, чем реальную заболеваемость по стране.

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

3. Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней. 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.

4. ■ эрадикация *C. trachomatis*;

■ клиническое выздоровление.

5. 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.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Схемы лечения хламидийной инфекции у взрослых и детей.
2. Контроль излеченности хламидийной инфекции.

### 13. 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю.	М. : ГЭОТАР-		

		С. Бутов, О. Л. Иванов	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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804</a> 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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063</a>	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 РЕКОМЕНДАЦИИ  
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

для специальности Дерматовенерология

клиническая ординатура

**К 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  
учебного процесса:  
практическое занятие.**

**3. Методы обучения:**  
активные  
(объяснительно-  
иллюстративный,  
проблемного изложения)

#### **4. Значение темы.**

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

#### **Цели обучения:**

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

способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального дерматовенерологического содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности;

способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.

способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области дерматовенерологии;

способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;

способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при кожных заболеваниях и инфекциях, передаваемых половым путем, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний;

- учебная:

- знать:

анатомо-физиологические основы строения кожи;

основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;

знать общие патологические процессы в эпидермисе и дерме;

знать патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов;

знать гистологические характеристики первичных и вторичных морфологических элементов сыпи.

- уметь:

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

- владеть:

алгоритмами постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);

основами диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний.

#### **5. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры.

#### **6. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, гистологические препараты.

#### **7. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта практического занятия (540 мин. - 12 академических часа).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)

5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

#### **8. Аннотация** (краткое содержание темы)

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 - А59.

#### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Урогенитальный трихомоноз – инфекция, передаваемая половым путем, возбудителем которой является простейший одноклеточный паразит – *Trichomonas vaginalis*.

#### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

Урогенитальный трихомоноз является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). В структуре всех ИППП трихомоноз 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**

А59.0 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.

#### **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Этиологические и патогенетические факторы развития трихомонадной инфекции.
2. Классификация трихомониаза.
3. Особенности клинических проявлений трихомониаза у взрослых и детей.

#### **9. Тестовые задания по теме по теме с эталонами ответов.**

Выберите один правильный ответ.

1. СОГЛАСНО МКБ-10 К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ТРИХОМОНИАЗА ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК-5, ПК-6):

- 1) урогенитальный трихомоноз
- 2) трихомоноз других локализаций
- 3) мочеполовой трихомоноз
- 4) урогенитальный трихомоноз, трихомоноз других локализаций
- 5) урогенитальный трихомоноз, трихомоноз других локализаций, мочеполовой трихомоноз

Правильный ответ: 4

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

Правильный ответ: 4



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

Правильный ответ: 4

4. 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

Правильный ответ: 5

5. 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

Правильный ответ: 1

6. 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)

Правильный ответ: 2

7. 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

Правильный ответ: 5

8. 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

Правильный ответ: 1

9. 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

Правильный ответ: 5

## 10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

### 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.

### Ответ к задаче №1

1. ■ 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.

2. 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.

3. Метронидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней

4. 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.

5. ■ исключение реинфекции;

■ назначение иных препаратов или курсовых методик лечения (см. Лечение осложненного, рецидивирующего трихомониаза).

#### **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.

#### **Ответ к задаче №2**

1. ■ 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).
2. Показанием к проведению лечения является обнаружение *T. vaginalis* при микроскопическом и/или культуральном исследовании и/или исследовании молекулярно-биологическими методами у пациента либо у его полового партнера. Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.
- 3 Метронидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней
4. ■ эрадикация *T. vaginalis*;
- клиническое выздоровление.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.
- исключение реинфекции;
  - назначение иных препаратов или курсовых методик 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.

### **Ответ к задаче №3**

1. 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.

2. ■ 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.

3. 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.

4. ■ эрадикация *T. vaginalis*;

■ клиническое выздоровление;

■ предотвращение развития осложнений;

■ предупреждение инфицирования других лиц.

5. Орнидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней

#### **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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. ■ 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).
2. ■ выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пеннистые, с неприятным запахом;
    - зуд/жжение в области наружных половых органов;
    - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
    - дискомфорт и/или боль в нижней части живота.
  3. У девочек до наступления менархе диагноз урогенитального трихомониаза устанавливается на основании результатов микроскопического и/или культурального метода исследования, подтвержденного молекулярно-биологическим методом.
  4. ■ 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.
  5. ■ эрадикация *T. vaginalis*;
  - клиническое выздоровление.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №5**

1. ■ гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища;
  - зелено-желтые, жидкие пеннистые 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).
2. К основным осложнениям трихомонадной инфекции у женщин относятся: развитие воспалительных заболеваний органов малого таза (сальпингоофорита, эндометрита), пельвиоперитонита, цистита и пиелонефрита. Урогенитальный трихомониаз может неблагоприятно влиять на беременность и ее исход.
3. Лечение беременных осуществляется на любом сроке для предотвращения преждевременного разрыва плодных оболочек, преждевременных родов и низкой массы плода: метронидазол 2,0 г однократно.

4. ■ эрадикация *T. vaginalis*;

■ клиническое выздоровление.

5. 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.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Клинические проявления трихомонадной инфекции у взрослых и детей.
2. Дифференциальная диагностика трихомонадной инфекции.

### 13. 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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	Прохоренков, Т. А.	Красноярск: КрасГМУ,		

	доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804</a> В. И.	Яковлева, А. М. Бекетов	2014. ЭБС КрасГМУ		
6.	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. . - Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063</a>	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 РЕКОМЕНДАЦИИ  
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

**для специальности Дерматовенерология**

клиническая ординатура

**К 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  
учебного процесса:**  
практическое занятие.

**3.Методы обучения:**  
активные  
(объяснительно-  
иллюстративный,  
проблемного изложения)

#### **4. Значение темы.**

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

#### **Цели обучения:**

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

способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального дерматовенерологического содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности;  
способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в

обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.

способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области дерматовенерологии;

способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;

способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при кожных заболеваниях и инфекциях, передаваемых половым путем, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний;

-учебная:

- знать:

анатомо-физиологические основы строения кожи;

основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;

знать общие патологические процессы в эпидермисе и дерме;

знать патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов;

знать гистологические характеристики первичных и вторичных морфологических элементов сыпи.

- уметь:

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

- владеть:

алгоритмами постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);

основами диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний.

## **5. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры.

## **6. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, гистологические препараты.

## 7. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта практического занятия (540 мин. - 12 академических часа).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи

	практические навыки по изученной теме занятия		
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## 8. Аннотация (краткое содержание 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 *C. 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

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 (А 5б.1, А 5б.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.

*Хламидийная инфекция*

*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.

## **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Диагностические тесты, позволяющие верифицировать трихомониаз.

2. Схемы лечения трихомониаза у взрослых и детей.

## 9. Тестовые задания по теме по теме с эталонами ответов.

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

Правильный ответ: 4

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

Правильный ответ: 4

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

Правильный ответ: 5

4. 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

Правильный ответ: 1

5. 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
- Правильный ответ: 5

6. 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
- Правильный ответ: 1

7. 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
- Правильный ответ: 5

## 10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

### 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.

### Ответ к задаче №1

1. ■ 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.

2. 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.

3 Метронидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней

4. 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.

5. ■ исключение реинфекции;

■ назначение иных препаратов или курсовых методик лечения (см. Лечение осложненного, рецидивирующего трихомониаза).

#### **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.

**Ответ к задаче №2**



1. ■ 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).
2. 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.
3. Метронидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней
4. ■ эрадикация *T. vaginalis*;
  - клиническое выздоровление.
5. ■ исключение реинфекции;
  - назначение иных препаратов или курсовых методик 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.

### **Ответ к задаче №3**

1. 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.

2. ■ 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.

3. 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.

4. ■ эрадикация *T. vaginalis*;

■ клиническое выздоровление;

■ предотвращение развития осложнений;

■ предупреждение инфицирования других лиц.

5. Орнидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней

#### **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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. ■ 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).

2. ■ 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.

3 У девочек до наступления менархе диагноз урогенитального трихомониаза устанавливается на основании результатов микроскопического и/или культурального метода исследования, подтвержденного молекулярно-биологическим методом.

4. ■ 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.

5. ■ эрадикация *T. vaginalis*;

■ клиническое выздоровление.

### 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.

### Ответ к задаче №5

1. ■ 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).

2. К основным осложнениям трихомонадной инфекции у женщин относятся: развитие воспалительных заболеваний органов малого таза (сальпингоофорита, эндометрита), пельвиоперитонита, цистита и пиелонефрита. Урогенитальный трихомониаз может неблагоприятно влиять на беременность и ее исход.

3. Лечение беременных осуществляется на любом сроке для предотвращения преждевременного разрыва плодных оболочек, преждевременных родов и низкой массы плода: метронидазол 2,0 г однократно.

4. ■ эрадикация *T. vaginalis*;

■ клиническое выздоровление.

5. 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.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Диагностика трихомонадной инфекции.
2. Дифференциальная диагностика трихомонадной инфекции.
3. Схемы лечения трихомонадной инфекции у взрослых и детей.

### 13. 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: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804</a> В. И.	Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		
6.	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.		

«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 №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: «Урогенитальные заболевания, вызванные *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*. Этиология. Патогенез. Клинические проявления»**

**2. Форма организации учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

**3. Значение темы:** Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики микоплазмоза и уреаплазмоза необходимо дерматовенерологам в повседневной практической работе.

### **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;

**4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры.

**5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, муляжи по теме занятия.

**6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин.- 12 академических часов).**

Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
Организация занятия	20	Проверка посещаемости
Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный опрос, типовые задачи
Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	60	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности)
Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а)Ознакомиться со структурой кожновенерологического диспансера, его правами и обязанностями б)Ознакомиться с перечнем стандартов медицинской помощи дерматовенерологическим больным. в)Заслушивание рефератов.
Итоговый контроль знаний (письменно или	90	Тесты по теме, ситуационные задачи



устно)		
Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:	540	

## 7. Аннотация (краткое содержание темы).

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 - N34.0 +B96.8; N76.0 +B96.8; N72.0 +B96.8

### ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

*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 урогенитального 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.

## **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Этиологические и патогенетические факторы развития микоплазменной и уреоплазменной инфекций;
2. Классификация;
3. Особенности клинических проявлений инфекций у взрослых и детей;
4. Диагностические тесты, позволяющие верифицировать микоплазмоз и уреоплазмоз.

## **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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
- правильный ответ:4

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
- правильный ответ:4

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.
- правильный ответ:5

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
- правильный ответ:5

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.
- правильный ответ: 1

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
- правильный ответ: 1

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
- правильный ответ: 5

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
- правильный ответ: 4

9. Требования к результатам лечения ассоциация гонококков (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

правильный ответ:5

## 10.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

### 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.

### Ответ к задаче №1

1. *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.

2. ■ 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

3. 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  $\times 400$ .

4. клиническое выздоровление; ликвидация лабораторных признаков воспаления; предотвращение развития осложнений.

5. Джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

#### **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.

## Ответ к задаче №2

1. ■ 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.
2. Показанием к проведению лечения является наличие клинико-лабораторных признаков инфекционно-воспалительного процесса, при котором не выявлены другие, более вероятные возбудители, например *S. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*.  
При выявлении *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* в количестве > 10<sup>4</sup> 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).
3. ■ клиническое выздоровление;  
■ ликвидация лабораторных признаков воспаления;  
■ предотвращение развития осложнений.
4. ■ джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней  
■ доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней.
5. 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.

## 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.

### Ответ к задаче №3

1. ■ 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, слизистогнойные выделения в заднем своде влагалища и из цервикального канала.
2. 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).
- 3.Лечение беременных женщин: джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.
4. Разрешение клинических и лабораторных признаков воспаления. Эрадикация *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* не является требованием к результатам лечения.
5. 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.

### 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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. *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.
2. ■ 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.
3. ■ джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней  
■ доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней.
4. Разрешение клинических и лабораторных признаков воспаления. Эрадикация *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* не является требованием к результатам лечения.
5. ■ дополнительное обследование на наличие иных возбудителей инфекционного процесса;  
■ назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы;  
■ увеличение длительности терапии до 14 дней.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №5**

1. ■ 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.

2. Показанием к проведению лечения является наличие клинико-лабораторных признаков инфекционно-воспалительного процесса, при котором не выявлены другие, более вероятные возбудители, например *S. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*.

При выявлении *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* в количестве > 104 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).

3. ■ клиническое выздоровление;
- ликвидация лабораторных признаков воспаления;
- предотвращение развития осложнений.
4. ■ джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
- доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней.
5. ■ дополнительное обследование на наличие иных возбудителей инфекционного процесса;
- назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы;
- увеличение длительности терапии до 14 дней.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Осмотр половых органов у женщин;
2. Осмотр половых органов у мужчин;
3. Осмотр аногенитальной области;
4. Взятие мазка из мочеиспускательного канала;
5. Взятие мазка из цервикального канала.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Клинические проявления микоплазменной и уреоплазменной инфекции у взрослых и детей.
2. Дифференциальная диагностика микоплазменной и уреоплазменной инфекции.

### 13. Рекомендованная литература по теме занятия:

№	Наименование, вид издания	Автор,	Место	Кол-во экземпляров

п/п		составитель , редактор	издания, издательство , год	в библиотек е	на кафедр е
1.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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.	<a href="#">Кожные и венерические болезни</a> : 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.	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем	В.В.Волошин Ю.В.Карачева Т.Н.Гузей	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

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 №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:** «Урогенитальные заболевания, вызванные *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*.  
Лабораторная диагностика. Схемы лечения. Контроль излеченности»

**2. Форма организации учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

**3. Значение темы:** Знание диагностики микоплазмоза и уреаплазмоза необходимо для проведения адекватного лечения инфекции.

### **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;

#### 4. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры, кабинет поликлиники диспансера.

#### 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности.

#### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

Хронокарта семинарского занятия (540 мин.- 12 академических часов).

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	60	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а)Ознакомиться со структурой кожновенерологического диспансера, его правами и обязанностями б)Ознакомиться с перечнем стандартов медицинской помощи дерматовенерологическим больным. в)Заслушивание рефератов.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	90	Тесты по теме, ситуационные задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания

		(составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540

## 7. Аннотация (краткое содержание 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, уrogenитальный 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 клетками 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 иммунофлюоресценция (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

Показанием к проведению лечения является наличие клинико-лабораторных признаков инфекционно-воспалительного процесса, при котором не выявлены другие, более вероятные возбудители, например *S. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*.

При выявлении *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* в количестве > 10<sup>4</sup> 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.

#### 8. Вопросы по теме занятия.

1. Диагностические критерии микоплазменной и уреоплазменной инфекций;
2. Схемы лечения микоплазмоза и уреоплазмоза.

#### 9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

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

## **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

### **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.

### **Ответ к задаче №1**

1. *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.
2. ■ 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

3. 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  $\times 400$ .

4. клиническое выздоровление; ликвидация лабораторных признаков воспаления; предотвращение развития осложнений.

5. Джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

### **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 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.

**Ответ к задаче №2**

1. ■ 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.
2. Показанием к проведению лечения является наличие клинико-лабораторных признаков инфекционно-воспалительного процесса, при котором не выявлены другие, более вероятные возбудители, например *S. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*. При выявлении *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* в количестве > 10<sup>4</sup> 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).
3. ■ клиническое выздоровление;
  - ликвидация лабораторных признаков воспаления;
  - предотвращение развития осложнений.
4. ■ джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
  - доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней.
5. 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.

### **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.

### **Ответ к задаче №3**

1. ■ 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.

2. 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).

3. Лечение беременных женщин: джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.

4. Разрешение клинических и лабораторных признаков воспаления; эрадикация *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* не является требованием к результатам лечения.

5. 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.

### **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.

### **Ответ к задаче №4**

1. *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.

2. ■ 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.
3. ■ джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней  
■ доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней.
4. Разрешение клинических и лабораторных признаков воспаления; эрадикация *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* не является требованием к результатам лечения.
5. ■ дополнительное обследование на наличие иных возбудителей инфекционного процесса;  
■ назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы;  
■ увеличение длительности терапии до 14 дней.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №5**

1. ■ 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.
2. Показанием к проведению лечения является наличие клинико-лабораторных признаков инфекционно-воспалительного процесса, при котором не выявлены другие, более вероятные возбудители, например *S. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*. При выявлении *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* в количестве > 10<sup>4</sup> 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).

3. ■ клиническое выздоровление;

■ ликвидация лабораторных признаков воспаления;

■ предотвращение развития осложнений.

4. ■ джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

■ доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней.

5. ■ дополнительное обследование на наличие иных возбудителей инфекционного процесса;

■ назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы;

■ увеличение длительности терапии до 14 дней.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Осмотр половых органов у женщин;

2. Осмотр половых органов у мужчин;

3. Осмотр аногенитальной области;

4. Взятие мазка из мочеиспускательного канала;

5. Взятие мазка из цервикального канала.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Клинические проявления микоплазменной и уреоплазменной инфекции у взрослых и детей.

2. Дифференциальная диагностика микоплазменной и уреоплазменной инфекции.

### 13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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.	<a href="#">Кожные и венерические болезни</a> : 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		

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 №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: «Урогенитальные заболевания, вызванные *Mycoplasma genitalium*.  
Этиология. Патогенез. Клинические проявления»**

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

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

**3. Значение изучения темы.** Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики микоплазмоза необходимо дерматовенерологам в повседневной практической работе.

### **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.

#### **4. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры, кабинет поликлиники диспансера.

#### **5. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности.

#### **6. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин.- 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	60	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а)Ознакомиться со структурой кожновенерологического диспансера, его правами и обязанностями б)Ознакомиться с перечнем стандартов медицинской помощи дерматовенерологическим больным. в)Заслушивание рефератов.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или	90	Тесты по теме, ситуационные задачи

	устно)		
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

### 7. Аннотация (краткое содержание темы).

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 - N34. +B96.8; N72. +B96.8; N76. +B96.8

#### ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

*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.

## **8. Вопросы по теме 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.

## **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

Правильный ответ:4

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

Правильный ответ:4

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

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ: 1

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

Правильный ответ: 1

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

Правильный ответ: 5

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

Правильный ответ: 4

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

Правильный ответ: 5



## 10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

### 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.

### Ответ к задаче №1

1. *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.

2. 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.

3. 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.

4. Эрадикация *M. genitalium*; клиническое выздоровление; предотвращение развития осложнений; предупреждение инфицирования других лиц.

5. Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

## 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.

### Ответ к задаче №2

1. ■ 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.
2. 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.
3. Эрадикация *M. genitalium*; клиническое выздоровление; предотвращение развития осложнений; предупреждение инфицирования других лиц.
4. 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.
5. 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.

## 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 инфильтрованы. 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.

#### **Ответ к задаче №3**

1. ■ 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.
2. 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.
3. Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.
4. Эрадикация *M. genitalium*; клиническое выздоровление.
5. 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.

#### **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 инфильтрованы.

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.

#### Ответ к задаче №4

1. *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.

2. Гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры; слизисто-гнойные или слизистые выделения из уретры.

3. 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.

4. Эрадикация *M. genitalium*; клиническое выздоровление.

5. Исключение реинфекции; назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы.

#### 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.

#### Ответ к задаче №5

1. ■ 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.
2. 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.
3. ■ эрадикация *M. genitalium*;
- клиническое выздоровление;
  - предотвращение развития осложнений;
  - предупреждение инфицирования других лиц.
4. 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.
5. Исключение реинфекции; назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Клинические проявления микоплазменной инфекции у взрослых и детей.
2. Дифференциальная диагностика микоплазменной инфекции.

### 13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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.	<a href="#">Кожные и венерические болезни</a> : 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		

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 №49**

**ТЕМА: «Урогенитальный заболевания,  
вызванные *Mycoplasma genitalium*.  
Лабораторная диагностика. Схемы лечения.  
Контроль излеченности»**

**Индекс темы ОД.О.01.1.3.49**

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: «Урогенитальный заболевания, вызванные *Mycoplasma genitalium*.  
Лабораторная диагностика. Схемы лечения. Контроль излеченности»**

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

Методы обучения: активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

**3. Значение изучения темы.** Знание диагностики микоплазмоза необходимо для проведения адекватного лечения инфекции.

**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:
  - 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.

#### 4. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры, кабинет поликлиники диспансера.

#### 5. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности.

#### 6. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия (540 мин.- 12 академических часов).**

№ п/п	Этапы семинарского занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	60	Изложение основных положений темы (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а)Ознакомиться со структурой кожновенерологического диспансера, его правами и обязанностями б)Ознакомиться с перечнем стандартов медицинской помощи дерматовенерологическим больным. в)Заслушивание рефератов.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	90	Тесты по теме, ситуационные задачи

7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## 7. Аннотация (краткое содержание темы).

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 - N34. +B96.8; N72. +B96.8; N76. +B96.8

### ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

*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.

## **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Диагностические критерии микоплазменной инфекции.
2. Схемы лечения микоплазмоза.

## **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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

Правильный ответ:4

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

Правильный ответ:4

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

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ:5

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

Правильный ответ:1

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

Правильный ответ: 1

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

Правильный ответ: 5

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

Правильный ответ: 4

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

Правильный ответ: 5

## 10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

### 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.

#### **Ответ к задаче №1**

1. *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.

2. 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.

3. 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.

4. Эрадикация *M. genitalium*; клиническое выздоровление; предотвращение развития осложнений; предупреждение инфицирования других лиц.

5. Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

#### **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.

#### **Ответ к задаче №2**

1. ■ 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.
2. 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.
3. Эадикация *M. genitalium*; клиническое выздоровление; предотвращение развития осложнений; предупреждение инфицирования других лиц.
4. 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.
5. 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.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №3**

1. ■ 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.
2. 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.
3. Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.
4. Эрадикация *M. genitalium*; клиническое выздоровление.
5. 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.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. *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.



2. ■ гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;

■ слизисто-гнойные или слизистые выделения из уретры.

3. 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.

4. Эрадикация *M. genitalium*; клиническое выздоровление.

5. Исключение реинфекции; назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы.

### 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.

### Ответ к задаче №5

1. ■ 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.

2. 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.

3. ■ эрадикация *M. genitalium*;

■ клиническое выздоровление;

■ предотвращение развития осложнений;

■ предупреждение инфицирования других лиц.

#### 4. Препараты выбора:

■ джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

или

■ доксицилина 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.

5. Исключение реинфекции; назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы.

#### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

#### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Клинические проявления микоплазменной инфекции у взрослых и детей.
2. Дифференциальная диагностика микоплазменной инфекции.

#### 13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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.	<a href="#">Кожные и венерические болезни</a> : 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		

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 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:**  
практическое занятие.

**3. Методы обучения:**  
активные  
(объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

## 4. Значение темы.

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

### **Цели обучения:**

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

- способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального дерматовенерологического содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности;
- способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.
- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области дерматовенерологии;
- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;
- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при кожных заболеваниях и инфекциях, передаваемых половым путем, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по

выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний;

-учебная:

- знать:

- анатомио-физиологические основы строения кожи;
- основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;
- знать общие патологические процессы в эпидермисе и дерме;
- знать патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов;
- знать гистологические характеристики первичных и вторичных морфологических элементов сыпи.

- уметь:

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

- владеть:

- алгоритмами постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- основами диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний.

## **5. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры.

## **6. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, гистологические препараты.

## **7. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта практического занятия (540 мин. - 12 академических часа).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия

3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

#### **8. Аннотация** (краткое содержание темы)

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 - В37.

#### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Урогенитальный кандидоз – воспалительное заболевание, обусловленное дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

#### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

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**

V37.3. Кандидоз вульвы и вагины

V37.4. Кандидоз других урогенитальных локализаций

Кандидозный:

– баланит (N51.2\*)

V37.9. 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 анте- 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.

### **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Этиология и патогенез урогенитального кандидоза.
2. Клинические проявления урогенитального кандидоза у женщин и мужчин.
3. Особенности клинических проявлений урогенитального кандидоза у детей.

### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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
- правильный ответ:4

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.
- правильный ответ:4

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.

правильный ответ:5

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

правильный ответ:5

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.

правильный ответ:2

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 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
- правильный ответ: 1

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

правильный ответ: 5

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
- группы, увеличение длительности терапии до 14 дней.
- 5) бутоконазол 2% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7 дней

правильный ответ: 1

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.

правильный ответ: 3

## 10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

### 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.

### Ответ к задаче №1

1. ■ 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).

2. Показанием к проведению лечения является установленный на основании клинико-лабораторных исследований диагноз урогенитального кандидоза

3. ■ клиническое выздоровление;

■ нормализация лабораторных показателей: отсутствие элементов грибов

и повышенного количества лейкоцитов при микроскопии отделяемого мочеполового тракта, отсутствие роста или значительное снижение концентрации грибов при культуральном исследовании;

■ предотвращение развития осложнений, связанных с беременностью, послеродовым периодом и выполнением инвазивных гинекологических процедур.

4. Натамицин вагинальные суппозитории 100мг 1 раз в сутки в течение 6 дней

5. Установление излеченности рекомендуется проводить через 14 дней после окончания лечения.

### 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.

### Ответ к задаче №2

1. 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.

2. 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).

3. Верификация диагноза урогенитального кандидоза базируется на результатах лабораторных исследований:

- микроскопического исследования нативных препаратов, препаратов с добавлением 10% раствора КОН и препаратов, окрашенных по Граму (преобладание вегетирующих форм грибов *Candida* – псевдомицелия и почкующихся дрожжевых клеток); чувствительность микроскопического исследования влагалищного экссудата составляет 65–85%, специфичность (в сочетании с клиническими проявлениями) – 100%;
- культурального исследования (рост колоний грибов *Candida* в количестве более 10<sup>3</sup> КОЕ/мл). Культуральное исследование показано при отрицательном результате микроскопического исследования и наличии клинических проявлений;
- для видовой идентификации грибов рода *Candida* могут быть использованы молекулярно-биологические методы, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *Candida*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. Необходимость видовой идентификации возбудителя в практическом отношении обусловлена устойчивостью некоторых видов *Candida* к антимикотическим препаратам.

4. ■ клиническое выздоровление;

- нормализация лабораторных показателей: отсутствие элементов грибов и повышенного количества лейкоцитов при микроскопии отделяемого мочеполового тракта, отсутствие роста или значительное снижение концентрации грибов при культуральном исследовании;
- предотвращение развития осложнений, связанных с беременностью, послеродовым периодом и выполнением инвазивных гинекологических процедур.

5. Миконазол 2% крем 2 раза в сутки в течение 7 дней

### **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.

### Ответ к задаче №3

1. ■ 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.
2. 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 анте- или интранатального инфицирования плода. Кандидоз плода может привести к его внутриутробной гибели и преждевременным родам.
3. Следует проводить дифференциальный диагноз с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*), условно-патогенными микроорганизмами, в том числе ассоциированными с бактериальным вагинозом, вирусами (вирусом простого герпеса), а также аллергическими вульвовагинитами и баланопоститами.
4. Применяют местнодействующие антимикотические средства:  
■ натамицин вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки в течение 3–6 дней (разрешен к применению с 1-го триместра беременности);  
или  
■ клотримазол вагинальная таблетка 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней или 1% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7 дней (разрешен к применению у беременных со 2-го триместра).
5. Установление излеченности рекомендуется проводить через 14 дней после окончания лечения.

### 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.С хемы лечения кандидоза вульвы и вагины
- 4.Требования к результатам лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

### Ответ к задаче №4

1. 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 анте- или интранатального инфицирования плода. Кандидоз плода может привести к его внутриутробной гибели и преждевременным родам.

2. Показанием к проведению лечения является установленный на основании клинико-лабораторных исследований диагноз урогенитального кандидоза

3. натамицин вагинальные суппозитории 100мг 1 раз в сутки в течение 6 дней

или

■ клотримазол вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней или 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней

или

■ клотримазол 1% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7–14 дней

или

■ итраконазол вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 10 дней

или

■ миконазол вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней

или

■ бутконазол 2% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 3 дней

или

■ флуконазол 150 мг внутрь однократно

или

■ итраконазол 200 мг внутрь 1 раз в день в течение 3 дней.

4. Клиническое выздоровление; нормализация микроскопической картины и показателей культурального исследования.

5. Назначение иных препаратов или методик 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.

#### **Ответ к задаче №5**

1. 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.

2. Дифференциальный диагноз кандидозного баланопостита необходимо проводить с кольцевидным баланитом, характеризующимся появлением серо-белых пятен на головке полового члена, сливающихся в крупные очаги с четкой белой границей, и склеротическим лишаем, при котором возможно развитие фимоза и отека наружного отверстия мочеиспускательного канала

3. В связи с ростом устойчивости грибов рода *Candida* к системным антимикотикам при лечении острого урогенитального кандидоза предпочтительнее назначать местные антимикотические препараты и только при невозможности их использования – системные. Кремы и суппозитории, используемые для лечения урогенитального кандидоза, изготовлены на масляной основе и могут повредить структуру латексных презервативов и диафрагм.

4. После основного курса терапии, включающего системный и/или местный антимикотики, рекомендуется проведение поддерживающей терапии в течение 6 месяцев одним из препаратов:

- натамицин вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в неделю или
- флуконазол 150 мг перорально 1 раз в неделю или
- клотримазол 500 мг вагинальная таблетка один раз в неделю.

5. Клиническое выздоровление; нормализация микроскопической картины и показателей культурального исследования.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Взять клинический материал для лабораторных исследований;
2. Провести осмотр половых органов у мужчин и женщин;
3. Провести микроскопическое исследование нативного препарата на грибы *Candida*.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Современные особенности этиопатогенеза урогенитального кандидоза.
2. Эпидемиология урогенитального кандидоза.

### 13. Рекомендованная литература по теме занятия:

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



п			, год	библиотеке	кафедре
1.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804</a> 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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063</a>	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 РЕКОМЕНДАЦИИ  
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

**для специальности Дерматовенерология**

клиническая ординатура

**К 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:**  
практическое занятие.

**3. Методы обучения:**  
активные  
(объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 4. Значение темы.

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

#### **Цели обучения:**

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

- способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального дерматовенерологического содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности;
- способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.
- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области дерматовенерологии;
- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;
- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при кожных заболеваниях и инфекциях, передаваемых половым путем, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в

дерматовенерологической группе заболеваний;

-учебная:

- знать:

- анатомо-физиологические основы строения кожи;
- основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;
- знать общие патологические процессы в эпидермисе и дерме;
- знать патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов;
- знать гистологические характеристики первичных и вторичных морфологических элементов сыпи.

- уметь:

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

- владеть:

- алгоритмами постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- основами диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний.

## 5. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры.

## 6. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, гистологические препараты.

## 7. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта практического занятия (540 мин. - 12 академических часа).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия

3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

#### **8. Аннотация** (краткое содержание темы)

#### **ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Верификация диагноза урогенитального трихомониаза базируется на результатах лабораторных исследований – обнаружении *T. vaginalis* с помощью методов:

■ микроскопического исследования нативного препарата (световое, фазовоконтрастное 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.

Общие замечания по фармакотерапии: 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.

*Урогенитальный трихомониаз*

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 (см. Лечение осложненного, рецидивирующего трихомониаза).

## **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Диагностические критерии урогенитального кандидоза.

- 2 Дифференциальная диагностика урогенитального кандидоза.
3. Схемы лечения. Особые ситуации.

### 9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

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
- правильный ответ:4

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.
- правильный ответ:4

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.
- правильный ответ:5

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

правильный ответ:5

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.

правильный ответ:2

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) бутаконазол 2% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7 дней

правильный ответ:1

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

правильный ответ:5

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

группы, увеличение длительности терапии до 14 дней.

5) бутаконазол 2% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7 дней

правильный ответ:1

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.

правильный ответ: 3

## **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

### **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.

### **Ответ к задаче №1**

1. ■ 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).
2. Показанием к проведению лечения является установленный на основании клинико-лабораторных исследований диагноз урогенитального кандидоза
3. ■ клиническое выздоровление;  
■ нормализация лабораторных показателей: отсутствие элементов грибов и повышенного количества лейкоцитов при микроскопии отделяемого мочепоолового тракта, отсутствие роста или значительное снижение концентрации грибов при культуральном исследовании;  
■ предотвращение развития осложнений, связанных с беременностью, послеродовым периодом и выполнением инвазивных гинекологических процедур.
4. Натамицин вагинальные суппозитории 100мг 1 раз в сутки в течение 6 дней.
5. Установление излеченности рекомендуется проводить через 14 дней после окончания лечения.

### **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.

#### **Ответ к задаче №2**

1. 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.

2. ■ 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).

3. Верификация диагноза урогенитального кандидоза базируется на результатах лабораторных исследований:

■ микроскопического исследования нативных препаратов, препаратов с добавлением 10% раствора КОН и препаратов, окрашенных по Граму (преобладание вегетирующих форм грибов *Candida* – псевдомицелия и почкующихся дрожжевых клеток); чувствительность микроскопического исследования влагалищного экссудата составляет 65–85%, специфичность (в сочетании с клиническими проявлениями) – 100%;

■ культурального исследования (рост колоний грибов *Candida* в количестве более 10<sup>3</sup> КОЕ/мл). Культуральное исследование показано при отрицательном результате микроскопического исследования и наличии клинических проявлений;

■ для видовой идентификации грибов рода *Candida* могут быть использованы молекулярно-биологические методы, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *Candida*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. Необходимость видовой идентификации возбудителя в практическом отношении обусловлена устойчивостью некоторых видов *Candida* к антимикотическим препаратам.

4. ■ клиническое выздоровление;

■ нормализация лабораторных показателей: отсутствие элементов грибов

и повышенного количества лейкоцитов при микроскопии отделяемого мочеполового тракта, отсутствие роста или значительное снижение концентрации грибов при культуральном исследовании;

■ предотвращение развития осложнений, связанных с беременностью, послеродовым периодом и выполнением инвазивных гинекологических процедур.

5. Миконазол 2% крем 2 раза в сутки в течение 7 дней

### **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.

### **Ответ к задаче №3**

1. ■ 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.

2. 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.

3. Следует проводить дифференциальный диагноз с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*), условно-патогенными микроорганизмами, в том числе ассоциированными с бактериальным вагинозом, вирусами (вирусом простого герпеса), а также аллергическими вульвовагинитами и баланопоститами.

4. Применяют местнодействующие антимикотические средства:

■ натамицин вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки в течение 3–6 дней (разрешен к применению с 1-го триместра беременности);

или

■ клотримазол вагинальная таблетка 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней или 1% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7 дней (разрешен к применению у беременных со 2-го триместра).

5. Установление излеченности рекомендуется проводить через 14 дней после окончания лечения.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. 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 анте- или интранатального инфицирования плода. Кандидоз плода может привести к его внутриутробной гибели и преждевременным родам.

2. Показанием к проведению лечения является установленный на основании клинико-лабораторных исследований диагноз урогенитального кандидоза

3. натамицин вагинальные суппозитории 100мг 1 раз в сутки в течение 6 дней

или

■ клотримазол вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней или 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней

или

■ клотримазол 1% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7–14 дней

или

■ итраконазол вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 10 дней

или

■ миконазол вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней

или

■ бутконазол 2% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 3 дней

или

■ флуконазол 150 мг внутрь однократно

или

■ итраконазол 200 мг внутрь 1 раз в день в течение 3 дней.

4. ■ клиническое выздоровление;

■ нормализация микроскопической картины и показателей культурального исследования.

5. Назначение иных препаратов или методик 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.

### Ответ к задаче №5

1. 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.

2. Дифференциальный диагноз кандидозного баланопостита необходимо проводить с кольцевидным баланитом, характеризующимся появлением серо-белых пятен на головке полового члена, сливающихся в крупные очаги с четкой белой границей, и склеротическим лишаем, при котором возможно развитие фимоза и отека наружного отверстия мочеиспускательного канала

3. В связи с ростом устойчивости грибов рода *Candida* к системным антимикотикам при лечении острого урогенитального кандидоза предпочтительнее назначать местные антимикотические препараты и только при невозможности их использования – системные. Кремы и суппозитории, используемые для лечения урогенитального кандидоза, изготовлены на масляной основе и могут повредить структуру латексных презервативов и диафрагм.

4. После основного курса терапии, включающего системный и/или местный антимикотики, рекомендуется проведение поддерживающей терапии в течение 6 месяцев одним из препаратов:

- натамицин вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в неделю  
или
- флуконазол 150 мг перорально 1 раз в неделю  
или
- клотримазол 500 мг вагинальная таблетка один раз в неделю.

5. ■ клиническое выздоровление;  
 ■ нормализация микроскопической картины и показателей культурального исследования.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Взять клинический материал для лабораторных исследований;
2. Провести осмотр половых органов у мужчин и женщин;
3. Провести микроскопическое исследование нативного и окрашенного препарата на грибы Candida.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Схемы лечения урогенитального кандидоза у взрослых и детей.
2. Лечение рецидивирующего урогенитального кандидоза.

### 13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804В. И.">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804В. И.</a>	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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=51063</a>	В. В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей.	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	----------------------------------------	--	--



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 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:**  
практическое занятие.

**3. Методы обучения:**  
активные  
(объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

#### **4. Значение темы.**

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

#### **Цели обучения:**

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

- способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального дерматовенерологического содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности;
- способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.
- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области дерматовенерологии;
- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;
- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при кожных заболеваниях и инфекциях, передаваемых половым путем, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом

Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний;

-учебная:

- знать:

- анатомио-физиологические основы строения кожи;
- основные методики клиническо-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;
- знать общие патологические процессы в эпидермисе и дерме;
- знать патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов;
- знать гистологические характеристики первичных и вторичных морфологических элементов сыпи.

- уметь:

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

- владеть:

- алгоритмами постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- основами диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний.

## 5. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры.

## 6. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, гистологические препараты.

## 7. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта практического занятия (540 мин. - 12 академических часа).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее

			актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

#### **8. Аннотация (краткое содержание темы)**

#### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

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.

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

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 периаанальная 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 коричневаточерный;
- 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.

#### **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Эпидемиология папилломавирусной инфекции.
2. Классификация папилломавирусной инфекции.
3. Пути инфицирования.
4. Клиническая картина.

#### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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
- правильный ответ: 5

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

правильный ответ:5

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

правильный ответ:5

4.Пути инфицирования папилломавирусной инфекции (УК-1, ПК-1, ПК-6)

- 1) половой контакт;
- 2)трансплацентарный;
- 3)перинатальный
- 4) контактно-бытовой, при этом возможность аутоинокуляции и передачи ВПЧ через бытовые предметы остается недостаточно изученной.
- 5) все вышеперечисленное верно

правильный ответ:5

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

правильный ответ:4

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

правильный ответ:5

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

правильный ответ:5

8. Методы деструкции аногенитальных бородавок (УК-1, ПК-6)

- 1) Цитотоксические методы
  - 2) Химические методы
  - 3) Иммуномодуляторы
  - 4) Физические методы
  - 5) все вышеперечисленное верно
- правильный ответ: 5

9. Физические методы деструкции аногенитальных бородавок (УК-1, ПК-6)

- 1) электрокоагуляция;
  - 2) лазерная деструкция;
  - 3) радиохирургическая деструкция;
  - 4) криодеструкция.
  - 5) все вышеперечисленное верно
- правильный ответ: 5

#### **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

##### **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.

##### **Ответ к задаче №1**

1. ■ 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.
2. Половой контакт; трансплацентарный; перинатальный; контактно-бытовой, при этом возможность аутоинокуляции и передачи ВПЧ через бытовые предметы остается недостаточно изученной.
3. Деструкция аногенитальных бородавок; улучшение качества жизни пациентов.



4. Химический метод: Раствор Солкодерма наносится однократно непосредственно на аногенитальные бородавки при помощи стеклянного капилляра или пластмассового шпателя, не затрагивая здоровых тканей.

5. Клиническое выздоровление.

### **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.

### **Ответ к задаче №2**

1. 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%.

2. 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.

3. ■ молекулярно-биологические методы, позволяющие идентифицировать генотип ВПЧ; ■ цито- и морфологическое исследование.

4. деструкция аногенитальных бородавок; улучшение качества жизни пациентов.

5. Цитотоксический метод. Подофиллотоксин (0,5% раствор) 2 раза в сутки в течение 3 дней с 4-дневным интервалом. 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.

### **Задача №3**

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для лечения аногенитальных бородавок

При осмотре: на малых и больших половых губах множественные отсроченные 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.

#### **Ответ к задаче №3**

1. Остроконечные кондиломы – пальцеобразные выпячивания на поверхности кожных покровов и слизистых оболочек, имеющие типичный «пестрый» и/или петлеобразный рисунок и локализующиеся на коже малых половых губ, входа во влагалище, влагалища, шейки матки, паховой области, промежности и анальной области;
2. Половой контакт; трансплацентарный; перинатальный; контактно-бытовой, при этом возможность аутоинокуляции и передачи ВПЧ через бытовые предметы остается недостаточно изученной.
3. Показанием к проведению лечения является наличие клинических проявлений заболевания. Обследование и лечение половых партнеров проводится при наличии у них клинических проявлений.
4. 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.
5. При рецидивировании клинических проявлений рекомендуется повторная деструкция аногенитальных бородавок. При отсутствии клинических проявлений пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

#### **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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. ■ остроконечные кондиломы;  
■ бородавки в виде папул;  
■ поражения в виде пятен;  
■ внутриэпителиальная неоплазия;  
■ бовеноидный папулез и болезнь Боуэна;  
■ гигантская кондилома Бушке–Левенштайн

2. Показанием к проведению лечения является наличие клинических проявлений заболевания. Обследование и лечение половых партнеров проводится при наличии у них клинических проявлений.
3. Во время беременности возможна активная пролиферация аногенитальных бородавок. Лечение беременных проводится при наличии выраженных клинических проявлений, препятствующих прохождению плода через родовые пути матери.
4. Клиническое выздоровление.
5. При рецидивировании клинических проявлений рекомендуется повторная деструкция аногенитальных бородавок. При отсутствии клинических проявлений пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

#### **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, локализирующиеся 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.

#### **Ответ к задаче №5**

1. 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.

2. 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.

3. 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

4. Электрокоагуляция; лазерная деструкция; радиохирургическая деструкция; криодеструкция.

5. Клиническое выздоровление.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Собрать анамнестические данные у больных.
2. Провести осмотр половых органов у взрослых и детей.
3. Составить алгоритм обследования и лечения больных.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Субъективные и объективные симптомы папилломавирусной инфекции.

### 13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804В. И.">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804В. И.</a>	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 РЕКОМЕНДАЦИИ  
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

**для специальности Дерматовенерология**

клиническая ординатура

**К 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:**

практическое занятие.

**3. Методы обучения:**

активные  
(объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

## 4. Значение темы.

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

### **Цели обучения:**

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

- способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального дерматовенерологического содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности;
- способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.
- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области дерматовенерологии;
- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;
- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при кожных заболеваниях и инфекциях, передаваемых половым путем, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в

дерматовенерологической группе заболеваний;

-учебная:

- знать:

- анатомо-физиологические основы строения кожи;
- основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;
- знать общие патологические процессы в эпидермисе и дерме;
- знать патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов;
- знать гистологические характеристики первичных и вторичных морфологических элементов сыпи.

- уметь:

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

- владеть:

- алгоритмами постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- основами диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний.

## 5. Место проведения практического занятия.

Учебная комната кафедры.

## 6. Оснащение занятия.

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, гистологические препараты.

## 7. Структура содержания темы (хронокарта).

**Хронокарта практического занятия (540 мин. - 12 академических часа).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия

3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

#### **8. Аннотация** (краткое содержание 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 см<sup>2</sup>, 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  $\alpha$ -интреферона.

Применение системных иммуномодулирующих средств может быть рекомендовано при рецидивирующем течении заболевания.

### 4. Физические методы

- электрокоагуляция;
- лазерная деструкция;
- радиохирургическая деструкция;
- криодеструкция.

### 5. Хирургическое иссечение.

#### **Особые ситуации. 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.

## **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Диагностические критерии папилломавирусной инфекции.
- 2 Дифференциальная диагностика.
3. Методы деструкции аногенитальных бородавок.

## **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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  
правильный ответ:5

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
- правильный ответ:5

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
- правильный ответ:5

4. Пути инфицирования папилломавирусной инфекции (УК-1, ПК-1, ПК-6):

- 1) половой контакт;
  - 2) трансплацентарный;
  - 3) перинатальный
  - 4) контактно-бытовой, при этом возможность аутоинокуляции и передачи ВПЧ через бытовые предметы остается недостаточно изученной.
  - 5) все вышеперечисленное верно
- правильный ответ:5

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
- правильный ответ:4

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
- правильный ответ:5

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

правильный ответ:5

8. Методы деструкции аногенитальных бородавок (УК-1, ПК-6):

- 1) Цитотоксические методы
- 2) Химические методы
- 3) Иммуномодуляторы
- 4) Физические методы
- 5) все вышеперечисленное верно

правильный ответ:5

9. Физические методы деструкции аногенитальных бородавок (УК-1, ПК-6):

- 1) электрокоагуляция;
- 2) лазерная деструкция;
- 3) радиохирургическая деструкция;
- 4) криодеструкция.
- 5) все вышеперечисленное верно

правильный ответ:5

## **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

### **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.

### **Ответ к задаче №1**

1. ■ 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.
2. Половой контакт; трансплацентарный; перинатальный; контактно-бытовой, при этом возможность аутоинокуляции и передачи ВПЧ через бытовые предметы остается недостаточно изученной.
  3. Деструкция аногенитальных бородавок; улучшение качества жизни пациентов.
  4. Химический метод: Раствор Солкодерма наносится однократно непосредственно на аногенитальные бородавки при помощи стеклянного капилляра или пластмассового шпателя, не затрагивая здоровых тканей.
  5. Клиническое выздоровление.

### **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.

### **Ответ к задаче №2**

1. 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%.
2. 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.
3. Молекулярно-биологические методы, позволяющие идентифицировать генотип ВПЧ; цито- и морфологическое исследование.

4. Деструкция аногенитальных бородавок; улучшение качества жизни пациентов.
5. Цитотоксический метод. Подофиллотоксин (0,5% раствор) 2 раза в сутки в течение 3 дней с 4-дневным интервалом. 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.

### **Задача №3**

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для лечения аногенитальных бородавок.

При осмотре: на малых и больших половых губах множественные отсроченные 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.

### **Ответ к задаче №3**

1. Остроконечные кондиломы – пальцеобразные выпячивания на поверхности кожных покровов и слизистых оболочек, имеющие типичный «пестрый» и/или петлеобразный рисунок и локализующиеся на коже малых половых губ, входа во влагалище, влагалища, шейки матки, паховой области, промежности и анальной области;
2. Половой контакт; трансплацентарный; перинатальный; контактно-бытовой, при этом возможность аутоинокуляции и передачи ВПЧ через бытовые предметы остается недостаточно изученной.
3. Показанием к проведению лечения является наличие клинических проявлений заболевания. Обследование и лечение половых партнеров проводится при наличии у них клинических проявлений.
4. 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.
5. При рецидивировании клинических проявлений рекомендуется повторная деструкция аногенитальных бородавок. При отсутствии клинических проявлений пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

### **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.

### **Ответ к задаче №4**

1. ■ остроконечные кондиломы;

- бородавки в виде папул;
- поражения в виде пятен;
- внутриэпителиальная неоплазия;
- бовеноидный папулез и болезнь Боуэна;
- гигантская кондилома Бушке–Левенштайн

2. Показанием к проведению лечения является наличие клинических проявлений заболевания. Обследование и лечение половых партнеров проводится при наличии у них клинических проявлений.

3. Во время беременности возможна активная пролиферация аногенитальных бородавок. Лечение беременных проводится при наличии выраженных клинических проявлений, препятствующих прохождению плода через родовые пути матери.

4. Клиническое выздоровление.

5. При рецидивировании клинических проявлений рекомендуется повторная деструкция аногенитальных бородавок. При отсутствии клинических проявлений пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

#### **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, локализирующиеся 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.

#### **Ответ к задаче №5**

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. Электрокоагуляция; лазерная деструкция; радиохирургическая деструкция; криодеструкция.

5. Клиническое выздоровление.

### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Сбор анамнестических данных у больных.
2. Осмотр половых органов у взрослых.
3. Алгоритм обследования и лечения больных.

### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Методы деструкции аногенитальных бородавок.

### 13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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: 				



5.	Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие	пособие Г. А. Яковлева, Ю. В. Карачева	Красноярск: КрасГМУ, 2017.		
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	----------------------------	--	--

- i. Занятие
- ii.
- iii. №6
- iv. Фо

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 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  
учебного процесса:**  
практическое занятие.

**3. Методы обучения:**  
активные  
(объяснительно-  
иллюстративный,  
проблемного изложения)

#### 4. Значение темы.

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

#### Цели обучения:

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

- способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального дерматовенерологического содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности;
- способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.
- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области дерматовенерологии;

- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;
- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при кожных заболеваниях и инфекциях, передаваемых половым путем, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний;

-учебная:

- знать:

- анатомо-физиологические основы строения кожи;
- основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;
- знать общие патологические процессы в эпидермисе и дерме;
- знать патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов;
- знать гистологические характеристики первичных и вторичных морфологических элементов сыпи.

- уметь:

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

- владеть:

- алгоритмами постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- основами диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний.

## **5. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры.

## **6. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, гистологические препараты.

## **7. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта практического занятия (540 мин. - 12 академических часа).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на	30	Учебно-методические разработки

	следующее занятие)		следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

## **8. Аннотация** (краткое содержание 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 гиперемизированном 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;
- абортивная 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 вирусывыделения 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.

**8. Вопросы по теме занятия.**

- Этиологические и патогенетические факторы развития генитального герпеса.
- Классификация генитального герпеса.
- Особенности клинических проявлений генитального герпеса.

**9. Тестовые задания по теме по теме с эталонами ответов.**

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.

правильный ответ: 3

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.

правильный ответ: 4

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
- правильный ответ: 4

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.

правильный ответ: 5

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.

правильный ответ: 4

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.

правильный ответ: 3

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.

правильный ответ: 5

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.  
правильный ответ: 3.

#### 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.

правильный ответ: 4.

#### 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

правильный ответ: 1.

### 10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

#### 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.

#### Ответ к задаче №1

1. Возбудитель генитального герпеса - вирус 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.

2.

- 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.

3. 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.

4.

- купирование клинических симптомов;
- уменьшение частоты рецидивов и улучшение качества жизни пациентов;
- предупреждение развития осложнений;
- снижение риска инфицирования полового партнера или новорожденного.

5. Валацикловир 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10 дней.

### **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 прозрачном содержимом, 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.

#### **Ответ к задаче №2**

1.
  - 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.
2. 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.
3. Валацикловир 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10 дней.
4. 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.
5. 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

#### **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 прозрачном содержимом, 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.

#### **Ответ к задаче №3**

1.
  - 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 гиперемизированном 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.

2. 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).

3. 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 вирусывыделения 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

4.

- ускорение разрешения клинических проявлений;
- уменьшение частоты рецидивов генитального герпеса.

5. 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

#### **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, гиперемизированы, 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.

#### **Ответ к задаче №4**

1. Возбудитель генитального герпеса - вирус 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.

2. 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.

3. Валацикловир 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10 дней.

4. 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.

5. 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

#### **11. Перечень и стандарты практических умений.**

1. Курация больных.
2. Заполнение амбулаторных карт.
3. Разбор курируемых больных.

## 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Клинические проявления герпетической инфекции у взрослых и детей.
2. Дифференциальная диагностика герпетической инфекции.

## 13. 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.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44804</a> В. И.	Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов	Красноярск: КрасГМУ, 2014. ЭБС КрасГМУ		
6.	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.		





## 1. Занятие №55

**Тема: «Бактериальный вагиноз. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.»**

**2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

**3. Методы обучения:** активные (объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения)

### 4. Значение темы.

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

### Цели обучения:

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

- способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального дерматовенерологического содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности;
- способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.
- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области дерматовенерологии;
- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;
- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при кожных заболеваниях и инфекциях, передаваемых половым путем, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний;

-учебная:

- знать:

- анатомо-физиологические основы строения кожи;

- основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем;
- знать общие патологические процессы в эпидермисе и дерме;
- знать патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов;
- знать гистологические характеристики первичных и вторичных морфологических элементов сыпи.

- уметь:

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

- владеть:

- алгоритмами постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- основами диагностических мероприятий по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в дерматовенерологической группе заболеваний.

#### **5. Место проведения практического занятия.**

Учебная комната кафедры.

#### **6. Оснащение занятия.**

Компьютерная презентация, электронный атлас кафедры, атласы по специальности, гистологические препараты.

#### **7. Структура содержания темы (хронокарта).**

**Хронокарта практического занятия (540 мин. - 12 академических часа).**

№ п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	20	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2.	Формулировка темы и цели	30	Преподавателем объявляется тема и ее актуальность, цели занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний, умений	90	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос, типовые задачи

4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов	60	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль):	220	Работа а) с наглядным материалом б) с историями болезней в) демонстрация куратором практических навыков, интерпретации лабораторных и дополнительных методов обследования, выписке рецептов;
6.	Итоговый контроль знаний письменно или устно с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия	90	Тесты по теме, ситуационные и нетиповые задачи
7.	Задание на дом (на следующее занятие)	30	Учебно-методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания (составить схемы, алгоритмы, таблицы и т.д.).
Всего:		540	

#### **8. Аннотация** (краткое содержание 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 рН 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 (<10<sup>4</sup> 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

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.

### **8. Вопросы по теме занятия.**

1. Диагностические критерии бактериального вагиноза.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Схемы лечения бактериального вагиноза.

### **9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

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.

правильный ответ: 2

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.

правильный ответ: 1

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.

правильный ответ: 3

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;

правильный ответ: 4

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.

правильный ответ: 5

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.

правильный ответ: 4

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.

правильный ответ: 4

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;

правильный ответ: 1

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;
- правильный ответ: 1

## **10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

### **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.

### **Ответ к задаче №1**

1. 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).
2. Не относится к ИППП, однако заболевание выявляется преимущественно у женщин, ведущих половую жизнь с частой сменой половых партнеров.
3. Клиническое выздоровление; нормализация лабораторных показателей; предотвращение развития осложнений, связанных с беременностью, патологией плода, послеродовым периодом, послеоперационном периодом и выполнением инвазивных гинекологических процедур.
4. Метронидазол гель 0,75% 5,0 г (разовая доза) интравагинально на ночь, 5 дней.
5. Клиническое выздоровление; нормализация лабораторных показателей.

### **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.

### **Ответ к задаче №2**

1. Бактериальный вагиноз 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%.

2. 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.

3. Микроскопическое исследование вагинального отделяемого является наиболее информативным, достоверным и доступным методом диагностики бактериального вагиноза. «Ключевые» клетки – это поверхностные клетки 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 грамположительных палочек и кокков, в том числе *G. vaginalis*, *Mobiluncus* и других бактерий.

4. Метронидазол 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней, назначается со второго триместра беременности.

### 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.

### Ответ к задаче №3

1. Диагноз устанавливается на основании наличия не менее чем 3-х из 4-х критериев (критерии Amsel):

- выделения из влагалища – густые, однородные, 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.

2. Не относится к ИППП, однако заболевание выявляется преимущественно у женщин, ведущих половую жизнь с частой сменой половых партнеров.

3. Показанием к проведению лечения является наличие жалоб со стороны мочеполовой системы и клинических проявлений заболевания. Обследование и лечение половых партнеров проводится при наличии у них клинических проявлений.

4. Назначение иных препаратов или методик 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.

#### Ответ к задаче №4

1. Развитию бактериального вагиноза могут способствовать эндогенные (изменение гормонального статуса, нарушение анатомии влагалища и промежности, снижение иммунологической реактивности, нарушение микробиоценоза кишечника) и экзогенные факторы (бесконтрольное местное применение антисептиков, предшествующая антибактериальная терапия, перенесенные и сопутствующие воспалительные заболевания мочеполового тракта, применение гормональных средств, иммунодепрессантов).
2. Показанием к проведению лечения является наличие жалоб со стороны мочеполовой системы и клинических проявлений заболевания. Обследование и лечение половых партнеров проводится при наличии у них клинических проявлений.
3. 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).
4. Метронидазол гель 0,75% 5,0 г (разовая доза) интравагинально на ночь, 5 дней.
5. Установление излеченности рекомендуется проводить через 14 дней после окончания лечения. При отсутствии эффекта от лечения рекомендуется назначение иных препаратов или методик лечения.

#### 11. Перечень и стандарты практических умений.

1. Сбор анамнестических данных у больных.
2. Осмотр половых органов у взрослых.
3. Алгоритм обследования и лечения больных.

#### 12. Примерная тематика НИР по теме.

1. Микробиоценоз генитального тракта женщины. Факторы, влияющие на изменение микрофлоры влагалища.

#### 13. Рекомендованная литература по теме занятия:

№	Наименование, вид издания	Автор,	Место	Кол-во экземпляров
---	---------------------------	--------	-------	--------------------

п/п		составитель , редактор	издания, издательство , год		
				в библиотеке	на кафедре
1.	<a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">Дерматовенерология</a> [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html</a>	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:				