

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию
ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Росздрава
Кафедра дерматовенерологии

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ
ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Казань – 2008

ВВЕДЕНИЕ

Уважаемые студенты!

Кафедра дерматовенерологии старейшего вуза России, основанная в 1872 году великим дерматологом Александром Генриховичем Ге и имеющая более чем вековую историю, приветствует Вас - будущих клиницистов.

Данное методическое руководство создано для вас с целью удобства изучения и освоения сложной медицинской специальности - кожные и венерические болезни. Помимо хронометража практических занятий, компактно собранного в таблицы дифференциально-диагностического материала, изложены требования рейтинговой системы оценки знаний студентов, экзаменационные вопросы для студентов тех факультетов, в учебной программе которых имеется экзамен по курсу «Дерматовенерология». Успехов и творческого вдохновения во имя здоровья будущих пациентов!

ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Диагностика кожных заболеваний, в том числе заболеваний слизистой оболочки рта, красной каймы губ, основывается, прежде всего, на результатах тщательного осмотра и исследования кожных покровов, и видимых слизистых оболочек. Контакт врача с больным начинается с выяснения жалоб больного. В зависимости от характера дерматоза больные предъявляют жалобы на зуд, жжение, боль, покалывание, чувство стягивания, которые могут даже при одном и том же заболевании иметь разную интенсивность у разных больных. Ряд заболеваний протекает без субъективных ощущений. Выясняя историю кожного заболевания, необходимо определить его длительность, а также причины, с которыми сам больной связывает его начало и обострение (стресс, охлаждение, прием лекарственных средств, определенных видов пищи, действие на кожу химических веществ, инсоляция и т.д.). Затем устанавливают характер течения дерматоза, склонность к рецидивам, в частности сезонность обострений и ремиссий, их длительность. Если больной уже подвергался лечению, то необходимо выяснить его характер и терапевтическую эффективность. Следует обращать внимание на действие воды, мыла на кожный процесс.

Собирая анамнез жизни в целях выявления роли внешних факторов в патогенезе дерматоза, следует обращать внимание на условия работы и быта больного, а также узнать о перенесенных заболеваниях, наличии кожных заболеваний у членов семьи больного и его кровных родственников, употреблении алкоголя и курении. Беседуя с больным, надо стараться хотя бы в основных чертах определить состояние его нервной системы, в том числе реакцию на стрессовые ситуации, отношение к своему заболеванию и т.д.

Осмотр дерматологического больного следует проводить „в теплом, хорошо освещенном помещении, желательно при рассеянном дневном свете. Для осмотра слизистой оболочки рта рекомендуется применять яркий, направленный электрический свет и использовать деревянный шпатель, с помощью которого хорошо удастся осушить от слюны осматриваемые участки с пнистой оболочки рта.

Осматривать следует весь кожный покров, а не только высыпания, на которые указывает больной. В противном случае врач может не заметить не сопровождающиеся субъективными ощущениями изменения кожи, нередко имеющие важное диагностическое значение, например рубцы, пигментацию на месте бывших высыпаний и др.

Исследуя у больных морфологические элементы, необходимо обращать внимание на их распространенность, так как процесс может быть универсальным, захватывать весь кожный покров (эритродермия), сыпь может быть генерализованной или локальной, располагаться симметрично ил и асимметрично. Исследуя морфологические элементы, следует обратить внимание, имеется ли у больного один вид первичных элементов (мономорфная сыпь) или первичные элементы разнообразны (полиморфная сыпь). Важное диагностическое значение имеет расположение элементов по отношению друг к другу. Высыпания могут располагаться изолированно или группироваться, образуя фигуры в виде колец, дуг, линий и т.д. При расположении высыпаний отдельными небольшими группами говорят об их

герпетиформности. Сыпь может иметь склонность к слиянию. Границы поражения могут быть четкими или расплывчатыми. Нередко диагностическое значение имеет локализация сыпи.

При изучении морфологических элементов необходимо прежде всего определить их цвет, очертания и форму, с помощью пальпации выяснить, возвышаются они над уровнем кожи или слизистой оболочки или нет. Следует определить их консистенцию (твердая или мягкая), глубину залегания (поверхностные или глубокие).

Рассматривая высыпания и расспрашивая больного, следует решить вопрос о течении каждого элемента: существует постоянно или периодически исчезает, каков вид его регрессии (рассасывание, шелушение, изъязвление, атрофия и др.), определить, оставляют ли элементы на своем месте рубец и какова его характеристика. Важное диагностическое значение имеет наличие изоморфной реакции (симптом Кебнера), проявляющейся возникновением свежих, первичных элементов, свойственных данному заболеванию. Материалом для исследования в зависимости от характера заболевания служат чешуйки, волосы, ногтевые пластинки, содержимое пустул и пузырных элементов, отделяемое эрозий и язв. кровь больного и т.д.

При диагностике ряда заболеваний, важное значение имеют результаты исследования клеточного состава пузырной жидкости, цитологического исследования мазков-отпечатков, взятых с поверхности эрозий для обнаружения акантолитических клеток. Важное диагностическое значение при ряде дерматозов имеют данные общего клинического анализа крови.

К сожалению, далеко не всегда клинический осмотр больного позволяет точно поставить диагноз, хотя на первый взгляд это кажется парадоксальным, так как врач видит все элементы и нарушения на коже и слизистой оболочке рта у больного. Однако сложность дерматологии заключается, помимо всего прочего, и в том, что многие заболевания, несмотря на их разную этиологию и патогенез, проявляются весьма сходными, порой внешне идентичными высыпаниями. В этих случаях наряду с другими методами следует использовать гистологический метод исследования (биопсию). В последнее десятилетие для диагностики дерматозов, в патогенезе которых определенная роль принадлежит иммунным, в том числе аутоиммунным механизмам, используются иммунологические методы исследования, например непрямая и прямая иммунофлюоресценция. Первая из них выявляет циркулирующие антитела классов А, М и G, вторая - фиксированные в тканях иммунные комплексы, содержащие эти же классы иммуноглобулинов, разные фракции комплемента, фибрин и т.д.

Для выявления повышенной чувствительности кожи к различным аллергенам ставят кожные пробы (тесты), а также *in vitro* реакции дегрануляции базофилов, бластной трансформации лимфоцитов и т.д. Различают аппликационные пробы, скарификационные, при которых повреждается эпидермис, а также интрадермальные (внутрикожные) тесты.

При обследовании больного дерматозом необходимо исследовать не только кожу, слизистую оболочку рта, но и весь организм в целом: центральную и периферическую нервную систему, включая дермографизм, определение болевой и температурной чувствительности, внутренние органы, кровеносную, эндокринную и сердечно-сосудистую системы, патология которых играет важную роль в патогенезе тех или иных дерматозов, обмен веществ. В связи с этим в дерматологии в настоящее время применяются все современные методы исследования.

Кожные заболевания независимо от их локализации (кожа или слизистые оболочки), сочетания с изменениями внутренних органов, нервной, эндокринной систем проявляются, прежде всего, различными в зависимости от характера заболевания, стадии процесса сыпями. Практика и результаты многочисленных научных исследований подтверждают важную мысль: нет отдельно «больной кожи». Дерматологический пациент - это человек, у которого имеется масса соматических, терапевтических проблем, а кожный синдром является доминирующим.

"Кожа - это зеркало, в котором отражаются болезни всего организма".

ПЛАНЫ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

ПЛАН

практических занятий со студентами педиатрического факультета

1. Водное занятие. Морфологические элементы сыпей. Методика осмотра ребенка дерматовенерологом.
2. Псориаз. Особенности клинического течения у детей. Красный плоский лишай. Розовый лишай.
3. Дерматиты принципы лечения дерматозов. Основные лекарственные формы наружного применения. Токсикодермия. Синдромы Стивенсон-Джонсона и Лайела. Многоформная эксудативная эритема. Узловатая эритема. Экзема.
4. Экземаподобные заболевания у детей младшего, старшего возраста и подростков. Диспансерное наблюдение этих детей. Атопический дерматит. Осложнения.
5. Пиодермии у детей старшего возраста и подростков. Пиодермии у детей периода новорожденности. Десквамативная эритродермия. Чесотка. Педикулез.
6. Вирусные заболевания кожи. Герпесы. Бородавки. Остроконечные кондиломы. Контагиозный моллюск. Герпетиформный дерматит Дюринга. Пузырчатка.
7. Грибковые заболевания кожи.
8. Кожный туберкулез. Лепра. Кожный лейшманиоз.
9. Красная волчанка. Склеродермия.
10. Приобретенный сифилис. Общая патология. Первичный и вторичный периоды сифилиса.
11. Сифилис третичный, врожденный, скрытый, приобретенный. Особенности клиники приобретенного сифилиса у детей. Лечение и профилактика врожденного сифилиса.
12. Гонорея подростков (мальчиков). Вульво-вагиниты девочек. Лечение и профилактика гонореи у детей.
13. Итоговое занятие.

Тема занятия № 1: «Морфологические элементы сыпей.
Методика обследования дерматологического больного».

1. Мотивация темы: Кожа, или наружный покров тела, ограничивает внутренние органы от внешней среды и не только является оболочкой, но и образует сложное соединительнотканное покрытие, выполняющее очень важные функции организма. Изменения кожи нередко служат внешним проявлением той или иной патологии внутренних органов, центральной нервной или эндокринной системы. Значение основ дерматологии необходимо практикующему врачу любой специальности.

2. Цель: Изучить основы анатомии, гистологии и физиологии кожи, морфологические элементы сыпей, методику обследования и принципы лечения дерматологического больного.

3. Задачи занятия:

Студент должен знать:

- Основы анатомии, гистологии и физиологии кожи
- Методы и принципы диагностики дерматологического больного
- Методы и принципы лечения дерматологического больного, включая методику применения основных наружных лекарственных форм

Студент должен уметь:

- Правильно собрать анамнез и поставить диагноз заболевания (стадия, характер течения, тяжесть и др.)
- Провести клиническое обследование больного
- Наметить план дальнейшего рационального обследования больного.
- Поставить диагноз (или предположительный диагноз).
- Провести методы диагностики дерматологического больного.
- Провести окончательный дифференциальный диагноз
- Выявить причинные, провоцирующие и способствующие факторы, а при необходимости оценить эпидобстановку.
- В необходимых случаях оказать неотложную помощь.
- Проанализировать данные лабораторных анализов курируемого больного.
- Составить план лечения больного (режим, диета, медикаменты, физиотерапия и др.) с учетом индивидуального диагноза, показаний и противопоказаний для каждого метода лечения.
- Выписать рецепты
- Оценить эффективность лечения, установить возможные проявления нежелательного побочного действия лекарств и меры их предупреждения и устранения.
- Сформулировать ближайший и отдаленный прогноз. Дать рекомендации для дальнейшего, в том числе амбулаторного лечения.
- Рекомендовать меры вторичной профилактики (коррекция факторов риска, провоцирующих и способствующих факторов).

Средства необходимые для проведения занятия:

- Таблицы и наглядные пособия: «Морфологические элементы сыпей»
- Муляжи по теме: «Морфологические элементы сыпей»
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986, 2000.
- Слайды по теме: «Морфологические элементы сыпей»
- Клинические задачи по теме: «Морфологические элементы сыпей»
- Курируемые больные
- Набор инструментов для проведения занятия

Базисные знания:

- Раздел по гистологии кожи

Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.

- Раздел по диагностике морфологических элементов

Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.

- Раздел по методам и принципам лечения дерматологического больного, включая методику применения основных наружных лекарственных форм принципам терапии псориаза и красного плоского лишая

Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.

4. Задание для самоподготовки:

Контрольные вопросы:

1. Строение эпидермиса.
2. Строение дермы.
3. Строение придатков кожи.
4. Иннервация кожи.
5. Функции кожи.
6. Первичные морфологические элементы и их краткая характеристика.
7. Вторичные морфологические элементы и их краткая характеристика.
8. Основные патогистологические процессы в дерме.
9. Патогистологические изменения в эпидермисе и их характеристика.
10. Принципы наружной терапии в дерматологии.

5. Содержание практического занятия:

8.00 – 8.05 Проверка присутствующих.

8.05 – 8.30 Контроль исходного уровня знаний студентов. Тестовый контроль.

8.30 – 8.50 Самостоятельная курация больных под контролем преподавателя.

8.50 – 9.00 Перерыв.

9.00 – 9.50 Клинический разбор больных с преподавателем.

9.50 – 10.05 Перерыв.

10.05 – 10.55 Клинический разбор больных с преподавателем. Решение ситуационных клинических задач. Демонстрация слайдов, рисунков, таблиц, фотографий, мультимедийное сопровождение.

10.55 – 11.05 Перерыв.

11.05 – 11.15 Контроль конечного уровня знаний. Ответы на вопросы.

11.15– 11.20 Инструкция о содержании и методике подготовки следующего занятия.

Каждый студент или звено из 2-3 человек курирует предоставленного больного по теме занятия. Каждый студент или звено должен самостоятельно провести клиническое обследование больного: собрать анамнез, обследовать больного, установить диагноз, назначить лечение и выписать рецепты. В зависимости от темы занятия во время курации больного студенты должны освоить умения, предусмотренные программой.

При самостоятельной работе студентов включается и обмен информацией между группами, состоящими из 3-4 студентов, и преподавателем. По темам, по которым предусмотрено не только научить студента диагностировать заболевание, оказывать первую помощь, но и восстанавливать здоровье. После окончания обследования больного студенты каждого звена докладывают на группе результаты своей работы. В обсуждении материалов, полученных каждым звеном, участвует вся группа.

6. Блок информации по теме занятия:

ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Диагностика кожных заболеваний, в том числе заболеваний слизистой оболочки рта, красной каймы губ, основывается, прежде всего, на результатах тщательного осмотра и исследования кожных покровов, и видимых слизистых оболочек. Контакт врача с больным начинается с выяснения жалоб больного. В зависимости от характера дерматоза больные предъявляют жалобы на зуд, жжение, боль, покалывание, чувство стягивания, которые могут даже при одном и том же заболевании иметь разную интенсивность у разных больных. Ряд заболеваний протекает без субъективных ощущений. Выясняя историю кожного заболевания, необходимо определить его длительность, а также причины, с которыми сам больной связывает его начало и обострение (стресс, охлаждение, прием лекарственных средств, определенных видов пищи, действие на кожу химических веществ, инсоляция и т.д.). Затем устанавливают характер течения дерматоза, склонность к рецидивам, в частности сезонность обострений и ремиссий, их длительность. Если больной уже подвергался лечению, то необходимо выяснить его характер и терапевтическую эффективность. Следует обращать внимание на действие воды, мыла на кожный процесс.

Собирая анамнез жизни в целях выявления роли внешних факторов в патогенезе дерматоза, следует обращать внимание на условия работы и быта больного, а также узнать о перенесенных заболеваниях, наличии кожных заболеваний у членов семьи больного и его кровных родственников, употреблении алкоголя и курении. Беседуя с больным, надо стараться хотя бы в основных чертах определить состояние его нервной системы, в том числе реакцию на стрессовые ситуации, отношение к своему заболеванию и т.д.

Осмотр дерматологического больного следует проводить в теплом, хорошо освещенном помещении, желательно при рассеянном дневном свете. Для осмотра слизистой оболочки рта рекомендуется применять яркий, направленный электрический свет и использовать деревянный шпатель, с помощью которого хорошо удастся осушить от слюны осматриваемые участки слизистой оболочки рта.

Осматривать следует весь кожный покров, а не только высыпания, на которые указывает больной. В противном случае врач может не заметить не сопровождающиеся субъективными ощущениями изменения кожи, нередко имеющие важное диагностическое значение, например рубцы, пигментацию на месте бывших высыпаний и др.

Исследуя у больных морфологические элементы, необходимо обращать внимание на их распространенность, так как процесс может быть универсальным, захватывать весь кожный покров (эритродермия), сыпь может быть генерализованной или локальной, располагаться симметрично или асимметрично. Исследуя морфологические элементы, следует обратить внимание, имеется ли у больного один вид первичных элементов (мономорфная сыпь) или первичные элементы разнообразны (полиморфная сыпь). Важное диагностическое значение имеет расположение элементов по отношению друг к другу. Высыпания могут располагаться изолированно или группироваться, образуя фигуры в виде колец, дуг, линий и т.д. При расположении высыпаний отдельными небольшими группами говорят об их герпетическом характере. Сыпь может иметь склонность к слиянию. Границы поражения могут быть четкими или расплывчатыми. Нередко диагностическое значение имеет локализация сыпи.

При изучении морфологических элементов необходимо прежде всего определить их цвет, очертания и форму, с помощью пальпации выяснить, возвышаются они над уровнем кожи или слизистой оболочки или нет. Следует определить их консистенцию (твердая или мягкая), глубину залегания (поверхностные или глубокие).

Рассматривая высыпания и расспрашивая больного, следует решить вопрос о течении каждого элемента: существует постоянно или периодически исчезает, каков вид его регрессии (рассасывание, шелушение, изъязвление, атрофия и др.), определить, оставляют ли элементы на своем месте рубец и какова его характеристика. Важное диагностическое значение имеет наличие изоморфной реакции (симптом Кебнера), проявляющейся возникновением свежих первичных элементов, свойственных данному заболеванию. Материалом для исследования в

зависимости от характера заболевания служат чешуйки, волосы, ногтевые пластинки, содержимое пустул и пузырных элементов, отделяемое эрозий и язв, кровь больного и т.д.

При диагностике ряда заболеваний, важное значение имеют результаты исследования клеточного состава пузырной жидкости, цитологического исследования мазков-отпечатков, взятых с поверхности эрозий для обнаружения акантолитических клеток. Важное диагностическое значение при ряде дерматозов имеют данные общего клинического анализа крови.

В случаях, затруднения дифференциальной диагностики, когда заболевания, несмотря на их разную этиологию и патогенез, проявляются весьма сходными высыпаниями, наряду с другими методами следует использовать гистологический метод исследования (биопсию). В последнее десятилетие для диагностики дерматозов, в патогенезе которых определенная роль принадлежит иммунным, в том числе аутоиммунным механизмам, используются иммунологические методы исследования, например непрямая и прямая иммунофлюоресценция. Первая из них выявляет циркулирующие антитела классов А, М и G, вторая - фиксированные в тканях иммунные комплексы, содержащие эти же классы иммуноглобулинов, разные фракции комплемента, фибрин и т.д.

Для выявления повышенной чувствительности кожи к различным аллергенам ставят кожные пробы (тесты), а также *in vitro* реакции дегрануляции базофилов, бластной трансформации лимфоцитов и т.д. Различают аппликационные пробы, скарификационные, при которых повреждается эпидермис, а также интрадермальные (внутрикожные) тесты.

При обследовании больного дерматозом необходимо исследовать не только кожу, слизистую оболочку рта, но и весь организм в целом: центральную и периферическую нервную систему, включая дермографизм, определение болевой и температурной чувствительности, внутренние органы, кроветворную, эндокринную и сердечно-сосудистую системы, патология которых играет важную роль в патогенезе тех или иных дерматозов, обмен веществ. В связи с этим в дерматологии в настоящее время применяются все современные методы исследования.

Кожные заболевания независимо от их локализации (кожа или слизистые оболочки), сочетания с изменениями внутренних органов, нервной, эндокринной систем проявляются, прежде всего, различными в зависимости от характера заболевания, стадии процесса сыпями. Практика и результаты многочисленных научных исследований подтверждают важную мысль: нет отдельно «больной кожи». Дерматологический пациент – это человек, у которого имеется масса соматических, терапевтических проблем, а кожный синдром является доминирующим.

МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ КОЖНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

I. Паспортная часть

Фамилия, имя, отчество больного.

Возраст.

Пол.

Место работы, профессия или должность

Домашний адрес.

Дата и время поступления

II. Анамнез заболевания

1. Жалобы больного при поступлении

2. Начало и развитие заболевания.

Начало заболевания (время, первоначальная локализация поражения кожи, условия и характер высыпаний). Причина (по мнению больного), спровоцировавшая возникновение и развитие данного заболевания.

3. Течение заболевания.

Дальнейшее развитие болезненного процесса, проявление рецидивов и обострений (уточнить их общее количество, частоту, характер, тяжесть и продолжительность). При этом более детально описывается последний рецидив (обострение) заболевания.

4. Далее в анамнезе необходимо подробно отразить данные о предшествующем лечении с указанием средств и методов общей и наружной терапии, последовательно применявшейся больному, отметив ее эффективность и переносимость. Особенно подробно при этом нужно

выяснить переносимость лечения, возможные побочные явления и обострения, возникавшие в прошлом на фоне применения тех или иных общих и наружных средств лечения.

5. Перенесенные болезни (инфекционные и соматические). Нет ли взаимосвязи с кожным заболеванием.

6. Перенесённые заболевания, в том числе венерические, туберкулез, нервно-психические (душевные), онкологические.

7. Аллергологический анамнез.

8. Гинекологический и акушерский анамнез: менструальный цикл у женщин: начало (возраст) и течение (нормальное, нарушенное, климакс, менопауза); количество беременностей и их исходы (нормальные роды, выкидыши, преждевременные роды, мертворождения).

III. Эпиданамнез

При обнаружении у больного заразных кожных или венерических заболеваний собираются сведения о предполагаемом источнике заражения и контактах (половые, бытовые, связь заболевания с профессией, местом жительства, коллективом: школа, детский сад, дом ребенка и т.д.).

IV. Анамнез жизни

1. Семейное положение (женат, замужем, холост), состав семьи. Наличие у членов семьи подобного заболевания.

2. Условия жизни, труда и быта больного, санитарно-гигиеническая обстановка, характер выполняемой работы, общий трудовой стаж и стаж по данной профессии.

3. Характер реакции больного на внешние раздражения (реактивность). Взаимоотношения больного в семье и с сотрудниками по работе.

4. Продолжительность и характер сна у больного.

5. Вредные привычки.

V. Данные объективного обследования

1. Общий вид больного (телосложение), питание (нормальное, повышенное, пониженное); состояние кожи вне очагов поражения; пото-салоотделение (повышено, понижено, в норме); состояние придатков кожи (волос, ногтей); слизистых оболочек, подкожно-жировой клетчатки; лимфоузлов, костно-мышечного аппарата.

2. Внутренние органы: сердечно-сосудистая система, органы дыхания, пищеварительная, мочеполовая и эндокринная системы.

3. Состояние нервной системы: чувствительность кожи (болевая, температурная, тактильная). Дермографизм: красный (в норме, стойкий), белый, смешанный. Пиломоторный рефлекс ("гусиная кожа") выражен (местный, общий), отсутствует.

При необходимости исследуются: состояние черепно-мозговых нервов; координация движений (сохранена, нарушена). Сухожильные рефлексy; реакция на свет; реакция на конвергенцию; конъюнктивальный и глоточный рефлексy.

VI. Характеристика кожных высыпаний (специальный статус)

1. Локализация (по областям кожного покрова).

2. Симметричность высыпаний: полная, относительная, отсутствует.

3. Характер высыпаний: очаговый, очагово-сливной, диффузный, генерализованный, универсальный, мономорфный, полиморфный.

4. Границы очагов поражения: четкие, ступенчатые, ровные (гладкие), либо крупно- или мелкофестончатые (зазубренные).

5. Характеристика изменений в очагах: степень гиперемии, отека, инфильтрации.

Далее проводится подробное описание:

а) первичных морфологических элементов: размеры, форма: округлая, полигональная, неправильная; характер сыпи: воспалительный, невоспалительный; поверхность: плоская, полушаровидная, коническая, с западением в центре, бородавчатая, бугристая; окружающий (перифокальный) фон кожи: неизменённый, воспалительный, гипер- гипопигментированный;

б) динамика развития высыпаний: перифокальный рост отсутствует, ограниченный, неограниченный (склонность к слиянию);

в) описание вторичных морфологических элементов: вторичные пятна, чешуйки, корки (количество, размеры, толщина, цвет, степень прилегания к коже); интенсивность и характер

шелушения: отрубевидное, мелкопластинчатое, крупнопластинчатое, листовидное; степень влажности чешуек, цвет; эрозии и эксфолиации: размеры, форма, цвет, степень мокнутия, чувствительность; язвы:

величина, форма, консистенция дна и краев, окружающий фон, чувствительность, отделяемое (характер, количество); трещины: глубина, размеры, болезненность; рубцы: поверхность, консистенция, глубина залегания; цвет, форма; лихенизация;

г) исход кожных сыпей: бесследный, вторичная пигментация и депигментация, рубцевидная атрофия, рубцы.

6. Субъективные ощущения: зуд, болезненность, жжение и т.д.; беспокоят постоянно, периодически; усиливаются в ночное время; выражены слабо, умеренно, значительно (резко).

VII. Лабораторные исследования

1. Обязательные:

Общий анализ мочи и крови, анализ кала на яйца глистов, реакция Вассермана; исследование крови ИФА на СПИД, гепатит С, HBS-антиген.

2. По показаниям:

Биохимические исследования;

Анализ желудочного содержимого, дуоденальное зондирование с анализом желчи.

Исследование на клетки пузырчатки, микроспория содержимого пузырьков, пузырей, пустул на флору и клеточный состав;

Определение чувствительности флоры к антибиотикам;

Исследование на клетки красной волчанки;

Исследование на грибковую флору;

VIII. Диагноз

Обоснование диагноза.

Дифференциальный диагноз.

3. Развернутый окончательный клинический диагноз (в русской и латинской транскрипции).

IX. Лечение:

а) общее лечение;

б) наружное лечение.

X. Профилактика.

XI. Прогноз.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ БОЛЬНОГО, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ДЕРМАТОЛОГИИ

1. Клинические.
2. Гистологические.
3. Микробиологические.
4. Микологические.
5. Физиологические (функциональные).
6. Биохимические.
7. Серологические.
8. Экспериментальные.
9. Статистические.

Основной метод — клинический. Учитываются жалобы больного, анамнез заболевания и жизни, а также объективные данные. Гистологические исследования проводятся в тех случаях, когда диагноз заболевания не может быть поставлен на основании только лишь клинических данных.

Если первые два метода служат для установления клинического диагноза, то 3-й (микробиологический) и 4-й (микологический) методы исследования позволяют установлению этиологии. Они оба используются в основном у больных, у которых предполагается инфекционное кожное заболевание (микоз, лепра, пендинская язва, туберкулез, пиодермии и др.).

Последующие методы исследования - физиологические (функциональные-5), биохимические (6) и отчасти серологические (7) используются для выявления основных патогенетических механизмов дерматозов.

Детализация основных методов исследования, используемых в целях диагностики заболевания и уточнения патогенеза, дана в таблице.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ КОЖНОГО БОЛЬНОГО

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЕМ	ТЕХНИКА	ЧТО ВЫЯВЛЯЕТ, ОПРЕДЕЛЯЕТ
Выявление чувствительности кожи: а) тактильной	Проведение по коже кусочком ваты	Состояние осязательной рецепции
б) болевой	Укол иглой или острым предметом	Состояние болевой рецепции
а) температурной	Попеременное прикладывание к очагу пробирки с теплой и холодной водой (или нагретых и охлажденных предметов, металлических пластинок)	Состояние холодовой и тепловой рецепции
Определение температуры кожи	На аппаратах «КДУ-3», Мищука	Состояние сосудов, обменных процессов в коже
Определение проницаемости рогового слоя	С помощью аппарата «КДУ-3»	Состояние сосудов, обменных процессов в коже
Исследование дермографизма	Дермографом или проведение тупым предметом (рукояткой молоточка, шпателем) на отдельных участках кожи	Состояние рогового слоя эпидермиса, его устойчивость к воздействию раствора едкого натрия
Мышечно-волосковый рефлекс	Проведение холодным предметом или ватой, смоченной эфиром, на любом участке кожи	Степень возбудимости сосудистой стенки
Фармако-динамические пробы	Нанесение царапины через каплю раствора гистамина, морфина, адреналина или эцетилхолина	Состояние сосудистых рефлексов
Реакция «воспламенения»	Пероральный прием никотиновой кислоты	Функциональное состояние сосудов кожи
Проба на гидрофильность	Введение 0,2 мл раствора внутриэпидермально физиологического раствора	Водный обмен
Симптом щипка, жгута	Активное сдавливание между пальцами складки кожи или наложение на 5 минут кровоостанавливающего жгута	Хрупкость капилляров
Тесты с химическими агентами	а) кусочек марли в 4 слоя 1x1 см смачивается испытуемым веществом и накладывается на предплечье под компрессную бумагу на 24 часа б) испытуемое вещество	Чувствительность к химическому раздражителю

	наносится на кожу в растворе капельно	
Тесты бактериальными и грибковыми антигенами	Внутрикожное введение 0,1 мл грибкового или бактериального антигена (туберкулина, кандидина) или насечка пером через каплю указанных антигенов	Аллергическую реактивность организма к бактериями и грибам
Йодистая проба	Наложение 50% йодистого калия на вазелине на кожу или прием внутрь 1 столовой ложки 4% йодистой щелочи	Переносимость йодистых препаратов, дерматоз Дюринга
Послойное поскабливание	Легкое поскабливание предметным стеклом поверхности эпидермиса	Скрытое шелушение, терминальную пленку, характер кровотечения
Диаскопия	Надавливание стеклом или диаскопом на элемент	Выявление, характерного цвета инфильтрата («яблочное желе»)
Проба зондом	Надавливание пуговчатым зондом на элемент	Консистенцию элементов (состояние эластичности), болезненность
Проба Бальцера	Смазывание 2% настойкой йода пораженного участка кожи и наблюдение за его окраской	Отрубевидное шелушение
Симптом Бенъе-Мещерского	Снятие чешуек с поверхности очага красной волчанки активным поскабливанием	Болезненность
Симптом Никольского	Потягивание за покрывку пузыря в сторону здоровой кожи или потирание видимо здоровой кожи	Нарушение нормальной связи между клетками шиповидного слоя
Выявление чесоточных ходов	Смазывание подозрительных участков кожи чернилами или метиленовым синим	Разрыхленность рогового слоя
Люминесценция	Освещение пораженных волос или кожи лампой Вуда	Свечение или гашение свечения
Забор патологического материала (волос, чешуек)	Выдергивание пинцетом измененных волос или их «пеньков», соскабливание чешуек из очага	Наличие возбудителей грибковых заболеваний и кожных паразитов

ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ И ИХ ДИНАМИКА

ПЕРВИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТ	ОПРЕДЕЛЕНИЕ	ДИНАМИКА (ВОЗМОЖНЫЕ ВТОРИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ)
Пятно	Изменение цвета кожи на ограниченном участке, не возвышается над уровнем кожи, не имеет полости, разрешается бесследно или стойко сохраняется. Образуется в эпидермисе, дерме, гиподерме	Чешуйка, вторичное пигментное пятно
Волдырь	Быстро появляющийся и быстро исчезающий бесполостной элемент, возвышается над уровнем кожи, разрешается бесследно, представляет собой отек сосочкового слоя кожи	Вторичных элементов не бывает
Папула	Бесполостной элемент, возвышается над уровнем кожи, разрешается бесследно. Образуется в эпидермисе или дерме	Чешуйка, вторичное пигментное пятно, лихенизация, трещины
Бугорок	Бесполостной элемент, возвышается над уровнем кожи, разрешается рубцом или рубцовой атрофией. Образуется в собственно коже	Чешуйка, язва, корка, рубец, рубцовая атрофия, иногда вегетация
Узел	Бесполостной элемент, возвышается над уровнем кожи, разрешается образованием рубца или бесследно. Образуется в гиподерме	Язва, корка, рубец, вторичное пигментное пятно
Пузырек	Полостное ограниченное образование размером 0,1—0,5 см в диаметре, разрешающееся бесследно. Развивается в эпидермисе	Эрозия, корка, чешуйка, вторичное пигментное пятно
Пузырь	Полостной элемент величиной свыше 0,5 см в диаметре, возвышается над уровнем кожи. Разрешается бесследно или рубцом. Образуется в эпидермисе или дерме	Эрозия, корка, чешуйка, вторичное пигментное пятно, иногда вегетации
Пустула	Элемент, возвышающийся над уровнем кожи, имеющий полость с гнойным содержимым, образуется в эпидермисе или дерме	Корка, эрозия, вторичное пигментное пятно, язва, рубец, вегетация

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ

Местная терапия кожных заболеваний представляет собой, в известной мере, общее воздействие на организм больного.

Ликвидация кожных проявлений и субъективных ощущений (зуд, болезненность, нарушение сна и т. д.) путем рациональной фармакотерапии положительно сказывается на психоэмоциональном состоянии пациентов, что в свою очередь играет важную роль в достижении благоприятных результатов лечения.

В терапии дерматозов можно выделить несколько направлений:

1) устранение причины заболеваний применением антибактериальных, противовирусных, антипаразитарных средств, препаратов, защищающих кожу от внешних вредных факторов (при профессиональных дерматозах, фотодерматозах, укусах насекомых);

2) устранение развившегося в коже патологического процесса в зависимости от его остроты (острый, подострый, хронический), распространенности (единичные очаги, распространенная,

диффузная, генерализованная сыпь), локализации (лицо, веки, туловище, конечности, наружные половые органы), сопутствующих субъективных ощущений.

При проведении наружной терапии дерматозов важно соблюдать правила и последовательность применения лекарственных препаратов.

При *остром мокнущем воспалительном процессе* необходимы водные растворы в виде примочек или аэрозолей.

При *остром воспалительном процессе без мокнутия* применяют примочки, аэрозоли, водные болтушки, присыпки, пасты и жировые болтушки (кремы).

При *подостром воспалительном процессе* — жировые болтушки, пасты, присыпки, кремы.

При *неярко выраженном воспалительном процессе* назначают жировые болтушки (кремы).

При *хроническом неспецифическом воспалительном процессе* целесообразно применять мази, согревающие компрессы, пленки, лаки, пластыри.

При *хроническом специфическом процессе* (лепромы, лейшманиомы, люпомы) вводят в очаги специфические препараты.

При *кожных разрастаниях (бородавки, папилломы, вегетации)* — прижигающие средства.

В *стадию прогрессирования заболеваний*, сопровождающихся инфильтрацией в очагах (псориаз, красный плоский лишай) применяют кератопластические средства в виде мазей, кремов (с небольшим содержанием действующих веществ): 2% салициловой кислоты, 2—5% серы, 5% нафталана.

В *стадии стабилизации и регрессирования* инфильтративного процесса используют кератолитические средства (с возрастающим содержанием действующих веществ): мази, пленки, пластыри.

При различной интенсивности воспалительного процесса (острый без мокнутия, подострый, хронический неспецифический) приемлемо назначение местных кортикостероидных препаратов в виде кремов, мазей, лосьонов, аэрозолей.

Перед началом фармакотерапии дерматозов необходимо учитывать показания и противопоказания к применению того или иного лекарственного препарата; возможность привыкания к местным средствам; возраст больного (детская кожа более активно поглощает лекарственные средства, например, борную кислоту, серу, салициловую кислоту, деготь, гормональные препараты); возможность развития аллергических реакций (при применении антибиотиков, фурацилина, бриллиантового зеленого и некоторых других средств); возможность побочных явлений, например, при длительном местном применении кортикостероидов (атрофия кожи, гипертрихоз, телеангиэктазии, кушингоид и др.).

Перед назначением местных лекарственных средств необходимо очистить кожу в очагах от чешуек, корок, остатков лекарственных препаратов, примененных ранее. Обычно с этой целью используют повязку с прокипяченным растительным маслом. Лекарство применяют на ограниченный участок и только убедившись в его переносимости пациентом — на остальные участки поражения. Важно соблюдать правильность наложения примочек, лекарственных и мазевых повязок, смазываний, втираний, аппликаций, временные интервалы и т.д.

ГРУППА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА
Индифферентные	Растительные масла, вазелин, ланолин, свиной жир, глицерин, спермацет, силиконовые соединения, порошки (окись цинка, тальк, крахмал, белая глина)
Антисептические (противомикробные)	Анилиновые красители, перманганат калия, перекись водорода, борная кислота (2—5%), хлоргексидин, препараты, содержащие антибиотики, сульфаниламиды
Противовирусные	Препараты, содержащие ацикловир, тромантадин, алпизарин, интерферон и др.
Противовоспалительные	Борная кислота (1—2%), нитрат серебра, танин, ихтиол, кортикостероиды
Антипаразитарные	Бензилбензоат, деготь, сера, зеленое мыло, уксусная кислота, серая мазь
Фунгицидные	Деготь, сера, препараты йода, ундциленовой кислоты, клотримазол, кетоконазол, нистатин и др.
Разрешающие (редуцирующие)	Сера, нафталан, ихтиол, деготь, дерматол, резорцин, салициловая кислота (2—3%)
Кератолитические, прижигающие	Салициловая, молочная, бензойная кислоты, резорцин, нитрат серебра, подофиллин, "Солкодерм"
Противозудные	Ментол, анестезин, димедрол, карболовая, лимонная, уксусная кислоты
Фотозащитные	Салол, хинин, танин, окись цинка, метилурацил

РЕЦЕПТЫ:

Rp: Sol. Acidi borici 2% 500,0
D.S. Наружное. Для примочек.

Rp: Ung. Sulfurati 33% 100,0
D.S. Наружное.

Rp: Zinci oxydi _
Amyli tritici aa 5,0
Vaselini 10,0
M.f. pasta.
D.S. Наружное. Цинковая паста.
Наносить на очаги два раза в день.

Rp: Sol. Furacillini 0,02% 500,0
D.S. Наружное. Для примочек.

Rp: Sol. Aethacridini lactatis 0,1% 500,0
D.S. Наружное. Для примочек.

Rp: Zinci oxydi
Talcī
Glycerini
Aq. destillatae aa 25,0
M.D.S. Наружное, перед применением тщательно взболтать.

Rp: Viridis nitentis 1,0
Spiritus aethylici 70% 50,0
M.D.S. Наружное. Раствор бриллиантового зеленого.

7. Задания для итогового контроля занятия:

Контроль итогового уровня знаний:

1. Вторичными элементами, появляющимися после нарушения целостности только эпидермиса, являются:
 - 1 эрозия
 - 2 язва
 - 3 поверхностная трещина
 - 4 рубец

2. Роговой слой кожи обеспечивает все перечисленное, кроме
 - 1 механической резистентности
 - 2 противолучевой резистентности
 - 3 противохимической резистентности
 - 4 электросопротивления
 - 5 антимикробной резистентности

3. К первичным полостным морфологическим элементам относятся
текст ответа:
 - 1 пятно
 - 2 пузырек
 - 3 бугорок
 - 4 волдырь

4. Укажите, где отсутствуют апокриновые потовые железы:
 1. подмышечные впадины,
 2. ладони,
 3. молочные железы,
 4. область гениталий.

5. Укажите анатомическое образование, не относящееся к коже:
 1. подкожная основа,
 2. дерма,
 3. эпидермис,
 4. хрящевой слой.

Эталоны: 1.1.; 2.2.; 3.2.; 4.2.; 5.4.

8. Список рекомендуемой литературы:

Основная:

- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Триада-Х. – 2000 – 657 с.
- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.

Дополнительная:

- Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

Тема занятия № 2: «Псориаз. Красный плоский лишай. Розовый лишай».

1. Мотивация темы: Псориаз – один из наиболее распространенных дерматозов мультифакториального генеза. Поражение внутренних органов и систем организма приводит не

только к хронизации, но и нередко к инвалидизации. Красный плоский лишай является основным заболеванием в группе лихеноидных состояний и может сочетаться с аутоиммунными заболеваниями. Проявление на коже этих заболеваний имеет схожесть с множеством других патологических состояний и практикующий врач любой специальности должен уверенно дифференцировать псориаз и красный плоский лишай от других заболеваний, а также уметь самостоятельно подбирать терапию, профилактику для сокращения рецидивов и продления ремиссии этих заболеваний.

2. Цель: Изучить особенности клинического течения, этиологии и патогенеза, дифференциальной диагностики и терапии псориаза и красного плоского лишая.

3. Задачи занятия:

Студент должен знать:

- Определение псориаза и красного плоского и розового лишая
- Этиологию и патогенез псориаза и красного плоского и розового лишая
- Дифференциальную диагностику псориаза и красного плоского и розового лишая
- Методы диагностики псориаза и красного плоского и розового лишая
- Методы терапии псориаза и красного плоского и розового лишая
- Методы профилактики псориаза и красного плоского и розового лишая

Студент должен уметь:

- Правильно собрать анамнез и поставить диагноз заболевания (стадия, характер течения, тяжесть и др.)
- Провести методы диагностики псориаза и красного плоского лишая (псориазическая триада - симптом «Ауспитца»; феномен «Кебнера»; симптом «Уикхема»)
- Провести окончательный дифференциальный диагноз
- Составить тактическую схему ведения больного

Средства необходимые для проведения занятия:

- Таблицы и наглядные пособия: «Классификация псориаза»; «Классификация красного плоского лишая»; «Лечение псориаза»; «Вторичный сифилис»
- Муляжи по теме: «Псориаз. Красный плоский лишай»; «Многоформная экссудативная эритема»; «Розовый лишай Жибера»
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986, 2000.
- Слайды по теме: «Псориаз. Красный плоский лишай»
- Клинические задачи по теме: «Псориаз. Красный плоский лишай»
- Больные псориазом и красным плоским лишаем
- Применение предметного стекла для проведения диагностики

Базисные знания:

- Раздел по гистоморфологии псориаза и красного плоского лишая
Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Раздел по диагностике морфологических элементов псориаза и красного плоского лишая
Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Раздел по классификации псориаза и красного плоского лишая
Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.
- Раздел по принципам терапии псориаза и красного плоского лишая
Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

4. Задания для самоподготовки:

Заполнить таблицу по основным положениям темы, пользуясь учебным пособием под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. – 2004 с. или под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – с. 197-208.

Основные положения темы	Их характеристика
Патогенез развития псориаза и красного плоского лишая	Заполняется студентом
Основные жалобы пациентов при псориазе и красном плоском лишае	
Классификация псориаза и красного плоского лишая	
Методы диагностики псориаза и красного плоского лишая	
Немедикаментозные методы лечения псориаза и красного плоского лишая	
Медикаментозные методы лечения псориаза и красного плоского лишая	
Прогноз больных с псориазом и красным плоским лишаем	

Контрольные вопросы:

1. Определение псориаза.
2. Этиология и патогенез псориаза.
3. Особенности течения псориаза у детей.
4. Атипичные и тяжёлые формы псориаза.
5. Диагностические феномены, симптомы.
6. Особенности течения псориаза на слизистой полости рта.
7. Признаки прогрессирующей, стационарной, регрессивной стадии псориаза.
8. Поражение ногтей при псориазе.
9. Артропатический псориаз, определение, клиника.
10. Псориатическая эритродермия, определение, клиника.
11. Дифференциальный диагноз псориаза и красного плоского лишая.
12. Дифференциальная диагностика псориаза с ихтиозом, эритродермией у детей.
13. Принципы терапии псориаза в зависимости от стадии.
14. Красный плоский лишай. Определение, этиология и патогенез.
15. Клиника красного плоского лишая.
16. Принципы лечения больного красным плоским лишаем.

5. Содержание практического занятия:

- 8.00 – 8.05 Проверка присутствующих.
- 8.05 – 8.30 Контроль исходного уровня знаний студентов. Тестовый контроль.
- 8.30 – 8.50 Самостоятельная курация больных под контролем преподавателя.
- 8.50 – 9.00 Перерыв.
- 9.00 – 9.50 Клинический разбор больных с преподавателем.
- 9.50 – 10.05 Перерыв.
- 10.05 – 10.55 Клинический разбор больных с преподавателем. Решение ситуационных клинических задач. Демонстрация слайдов, рисунков, таблиц, фотографий, мультимедийное сопровождение.

10.55 – 11.05 Перерыв.

11.05 – 11.15 Контроль конечного уровня знаний. Ответы на вопросы.

11.15– 11.20 Инструкция о содержании и методике подготовки следующего занятия.

6. Блок информации по теме занятия:

Псориаз (*Psoriasis vulgaris*, син. лишай чешуйчатый) – хронический дерматоз мультифакториальной природы с генетической компонентой гиперпролиферации и нарушением кератинизации.

ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- травма (способность к экзисербации процесса – симптом Кебнера)
- инфекция (стрептококковая ангина)
- эндокринный фактор
- инсоляция (95 % летняя, 5 % зимняя)
- препараты лития, β - блокаторы, антималярийные препараты, ланолин, вакцинация
- стресс
- нейропсихические факторы
- ВИЧ-инфекция.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСОРИАЗА

Типы псориаза по зарубежной классификации:

1-й тип - у молодых людей возрасте до 25 лет, наследственный характер, склонность к более тяжелому течению

2-й тип – начало заболевания в возрасте старше 50 лет, течение доброкачественное

I. Типичные формы:

1. Псориаз обыкновенный (вульгарный)

II. Атипичные формы:

2. Эксудативный псориаз

3. Псориатическая эритродермия

4. Псориатический артрит

5. Пустулезный псориаз - генерализованный (Цумбуша)

- ограниченный ладано-подошвенный (Барбера)

По размеру папул:

1. Точечный;

2. Каплевидный;

3. Монетовидный;

4. Сливной;

5. Фигурный (географический);

6. Кольцевидный;

По стадиям развития:

1. Прогрессивная;

2. Стационарная;

3. Регрессивная;

По сезонам:

1. Зимний,

2. Летний,

3. Внесезонный.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТАДИЙ ПСОРИАЗА

Характеристика стадий	Прогрессивная	Стационарная	Регрессивная
Появление новых папул	Наблюдается постоянно	Не бывает	Не появляются. Крупные бляшки

			распадаются на отдельные папулы
Величина папул	Мелкие	Крупные	Различные
Периферический рост	Наблюдается	Не отмечается	Не отмечается
Краевой валик (зона роста)	Имеется	Отсутствует	Отсутствует
Шелушение	В центральной части элементов	По всей поверхности, сплошное, выраженное	По всей поверхности
Зона анемии вокруг папул (симптом Ядассона)	Имеется	Имеется	Отсутствует
Псевдоатрофический ободок вокруг папул (симптом Воронова)	Отсутствует	Имеется	Отсутствует
Зуд	Часто	Редко	Редко
Вторичные гипер- и депигментация	Отсутствуют	Отсутствуют	Имеются
Изоморфная реакция (симптом Кебнера)	Наблюдается	Не бывает	Не вызывается
Псориатическая триада	Постоянно	Выражена нечетко	Выражена не на всех элементах

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСОРИАЗА, КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ И ПАПУЛЕЗНОГО СИФИЛИСА

Признаки	Псориаз	Красный плоский лишай	Сифилис
Форма элемента	Круглая, овальная	Полигональная	Круглая
Цвет	Ярко-красный	Ливидная	Ветчинно-красный
Склонность к периферическому росту	Имеется	Нет	Нет
Шелушение	Центральное или сплошное	Нет	Воротничок Биетта
Излюбленная локализация	Разгибательная поверхность конечностей, волосистая часть головы	Гениталии, сгибательная поверхность конечностей, слизистая рта	Любая
Длительность высыпаний	Месяцы и годы	Месяцы	1,5 – 2 месяца
Дополнительные симптомы для исследования	Триада Ауспитца (псориатическая триада), симптом Кебнера	Симптом Кебнера	Симптом Ядассона, положительные серологические реакции на сифилис

КРИТЕРИИ КЛАССИЧЕСКОГО ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

1. Поражение дистальных межфаланговых суставных кистей.
2. Поражение пястно-фалангового, проксимального и дистального межфалангового суставов 1 пальца кисти.

3. Раннее поражение большого пальца стопы.
4. Боли в пятках.
5. Наличие псориатических бляшек, характерное поражение ногтей.
6. Псориаз у ближайших родственников.
7. Отрицательная реакция на ревматоидный фактор.
8. Рентгенография: остеолитический процесс с разноосевыми смещениями костей, периостальные наложения, отсутствие околоуставного остеопороза
9. Клинические или рентгеновские признаки поражения крестцово-подвздошных сочленений.
10. Рентгеновские признаки паравертебральной кальцификации.

СТЕПЕНЬ АКТИВНОСТИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА (ПО НОСОНОВУ)

1. Минимальная – утренняя скованность до 30 мин., СОЭ до 20 мм/ч;
2. Умеренная – утренняя скованность до 3 час., СОЭ до 40 мм/ч;
3. Максимальная – утренняя скованность более 3 час., СОЭ более 40 мм/ч, боли в покое.

ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ТРИАДЫ

Применение: для диагностики псориаза и дифференциальной диагностики сходных заболеваний.

При поскабливании псориатических папул (бляшек) предметным стеклом отмечается последовательная триада патогномичных морфологических признаков: "феномен стеаринового пятна" - появление большого количества серебристо-белого цвета чешуек, при поскабливании папул. Это напоминает чешуйки, возникающие при поскабливании капли от стеариновой свечи; "феномен терминальной плёнки" - после полного удаления чешуек появляется блестящая полупрозрачная плёнка; "феномен точечного кровотечения или кровяной росы" (симптом Полотейнова или Ауспитца) - при дальнейшем поскабливании плёнки на её поверхности проступают капельки крови вследствие разрушения капилляров сосочкового слоя дермы.

При парапсориазе наблюдаются следующие феномены. Симптом облатки – при осторожном поскабливании папулы чешуйка, покрывающая ее, снимается целиком, не ломаясь, не образуя мелких стружек как при псориазе.

Симптом пурпуры, или симптом Брока, – после удаления «облатки», при продолжении поскабливания, на поверхности папулы возникают мелкие внутрикожные кровоизлияния, не исчезающие при диаскопии.

7. Задания для итогового контроля занятия:

Контроль итогового уровня знаний:

1. Назовите первичный морфологический элемент обыкновенного псориаза:

- | | |
|-------------|------------|
| а) везикула | г) папула |
| б) пустула | д) волдырь |
| в) эритема | |

2. Какой из ниже перечисленных гистологических признаков не является патогномичным для псориаза:

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| а) акантоз | г) микроабсцессы Потрие |
| б) паракератоз | д) микроабсцессы Мунро |
| в) папилломатоз | |

3. Какой из симптомов не встречается при псориазе:

- а) симптом стеаринового пятна г) симптом кровавой росы
б) симптом Никольского д) симптом Кебнера
в) симптом терминальной пленки

4. Какая из приведенных форм не встречается у больных красным плоским лишаем:

- а) фолликулярная г) центробежная
б) гипертрофическая д) уртикарная
в) инвертированная

5. Укажите не характерный признак красного плоского лишая:

- а) множественные куполообразные узелки с центральной псевдоязвой
б) плоские полигональные красновато-сиреневые папулы
в) реакция Кебнера
г) пупковидное вдавление в центре папул
д) сетка Уикхема на поверхности папул

Эталоны: 1 г; 2 г; 3 б; 4 д; 5 а.

Ситуационные задачи:

1. На прием пришел больной с жалобами на появление красного пятна с шелушением на головке полового члена. При осмотре на головке полового члена имеется округлой формы, красного цвета папула величиной с 2-копеечную монету, папула покрыта чешуйками белого цвета. Лимфатические узлы не увеличены. На разгибательной поверхности предплечий имеются аналогичные папулы красного цвета, с чешуйками.

Какой диагноз?

Какова тактика врача?

2. Три недели назад появились папулы розового цвета на разгибательной стороне поверхности конечностей, покрытые серебристо-белыми чешуйками. Отмечается появление свежих высыпаний, в т.ч. по ходу линейной ссадины. При соскабливании папул возникает симптом «стеаринового пятна», «терминальной пленки» и «точечного кровотечения».

Поставьте развернутый диагноз.

3. После стрессовой ситуации на коже сгибательной поверхности верхних конечностей возникли зудящие розовато-фиолетовые, плоские, полигональные папулы с восковидным блеском, размерами от булавочной головки до чечевицы, несколько папул имеют пупковидные вдавления в центре, на которых видна «сетка Уикхема».

Каков диагноз? Наметьте план лечения.

Эталоны решения задач:

1. Псориаз обычный. На основании типичной клинической картины.

Проверить псориагическую триаду Ауспитца.

Назначить тактику лечения.

2. Псориаз обычный. На основании типичной клинической картины.

Форма обычная.

Стадия прогрессивная.

3. Красный плоский лишай. На основании типичной клинической картины. Системная терапия с включением седативных, антигистаминных, противомаларийных, антибактериальных, витаминных препаратов. Наружная терапия с включением кортикостероидных кремов и мазей в виде аппликаций и окклюзионных повязок на очаги поражения.

8. Список рекомендуемой литературы:

Основная:

- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Триада-Х. – 2000 – 657 с.

- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико,

2006 – 480с.

Дополнительная:

- Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

Тема занятия № 3: «Дерматиты. Принципы лечения дерматозов. Основные лекарственные формы наружного применения. Токсикодермия. Синдромы Стивенсон-Джонсона и Лайела. Многоформная эксудативная эритема. Узловатая эритема. Экзема.»

1. Мотивация темы: Дерматиты, экзема, атопический дерматит – наиболее распространенные дерматозы аллергического генеза, особенно среди детей (50-75%). Клинические проявления аллергических заболеваний кожи являются частой причиной временной нетрудоспособности у

взрослых. Проявление на коже этих заболеваний имеет схожесть с множеством других патологических состояний и практикующий врач любой специальности должен уверенно диагностировать дерматиты, экзему, токсикодермию от других заболеваний кожи, а также уметь самостоятельно подбирать рациональную терапию.

2. Цель: Изучить этиологию, патогенез, особенности клинического течения, дифференциальную диагностику, принципы лечения и профилактики больных с экземой, дерматитами, токсикодермией, многоформной экссудативной и узловатой эритемой.

3. Задачи занятия:

Студент должен знать:

- Определение дерматитов, экземы, токсикодермии, многоформной экссудативной и узловатой эритемы.
- Этиологию, патогенез, классификацию дерматитов, экземы, токсикодермии, многоформной экссудативной и узловатой эритемы.
- Основы клиники дерматитов, экземы, токсикодермии, многоформной экссудативной и узловатой эритемы.
- Основы диагностики дерматитов, экземы, токсикодермии, многоформной экссудативной и узловатой эритемы.
- Принципы лечения и профилактики больного с экземой, дерматитами, токсикодермией, многоформной экссудативной и узловатой эритемы.

Студент должен уметь:

- Собрать анамнез у больного с экземой, дерматитами, токсикодермией, многоформной экссудативной и узловатой эритемой.
- Поставить диагноз заболевания с учетом стадии, течения, тяжести дерматита, экземы, токсикодермии, многоформной экссудативной и узловатой эритемы.
- Провести окончательный дифференциальный диагноз дерматита, экземы, токсикодермии, многоформной экссудативной и узловатой эритемы.
- Составить план лечения больного с экземой, дерматитами, токсикодермией, многоформной экссудативной и узловатой эритемы (наружное, общее и физиотерапевтическое).
- Выписать рецепты основных наружных лекарственных форм

Средства необходимые для проведения занятия:

- Таблицы и наглядные пособия:
- Муляжи по теме:
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986, 2000.
- Слайды по теме: «Дерматиты. Экзема. Токсикодермия.»
- Клинические задачи по теме: «Дерматиты. Экзема. Токсикодермия.»
- Больные экземой, дерматитами, токсикодермией, нейродерматозом, атопическим дерматитом.
- Набор инструментов для проведения занятия

Базисные знания:

- Раздел по гистоморфологии дерматитов, экземы, токсикодермии, многоформной экссудативной и узловатой эритемы

Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.

- Раздел по диагностике морфологических элементов дерматитов, экземы, токсикодермии, многоформной экссудативной и узловатой эритемы

Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.

- Раздел по классификации дерматитов, экземы, токсикодермии, многоформной экссудативной и узловатой эритемы

Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.

- Раздел по принципам терапии дерматитов, экземы, токсикодермии, многоформной экссудативной и узловой эритемы

Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

4. Задания для самоподготовки:

Заполнить таблицу по основным положениям темы, пользуясь учебным пособием под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. – 2004 с. или под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – с. 197-208.

Основные положения темы	Их характеристика
Патогенез развития дерматита, экземы, токсикодермии, многоформной экссудативной и узловой эритемы.	Заполняется студентом
Основные жалобы пациентов при дерматите, экземе, токсикодермии, многоформной экссудативной и узловой эритеме.	
Классификация дерматита, экземы, токсикодермии, многоформной экссудативной и узловой эритемы.	
Методы диагностики дерматита, экземы, токсикодермии, многоформной экссудативной и узловой эритемы.	
Немедикаментозные методы лечения дерматита, экземы, токсикодермии, многоформной экссудативной и узловой эритемы.	
Медикаментозные методы лечения дерматита, экземы, токсикодермии, многоформной экссудативной и узловой эритемы.	
Прогноз больных с дерматитом, экземой, токсикодермией, многоформной экссудативной и узловой эритемой.	

Контрольные вопросы:

1. Определение простого контактного и аллергического контактного дерматита. Лечение аллергического контактного дерматита.
2. Определение экземы. Этиология и патогенез экземы. Патогистология.
3. Роль наследственности, антенатальных и перинатальных воздействий, условия внешней среды, реактивности.
4. Классификация. Морфологические элементы сыпи, характерные для экземы. Клинические формы экземы. Дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактика, диспансеризация больных.
5. Общее лечение экземы. Принципы наружного лечения экземы.
6. Определение токсикодермии. Характерные морфологические элементы сыпи, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактика, диспансеризация больных. Общее лечение, принципы наружного лечения.
7. Определение многоформной экссудативной и узловой эритемы. Этиология и патогенез. Патогистология.

8. Роль наследственности, антенатальных и перинатальных воздействий, условия внешней среды, реактивности.
9. Этиология и патогенез контактного и аллергического дерматита. Патогистология. Роль наследственности, антенатальных и перинатальных воздействий, условия внешней среды, реактивности.
10. Общее лечение и принципы наружного лечения контактного и аллергического дерматита.

5. Содержание практического занятия:

8.00 – 8.05 Проверка присутствующих.

8.05 – 8.30 Контроль исходного уровня знаний студентов. Тестовый контроль.

8.30 – 8.50 Самостоятельная курация больных под контролем преподавателя.

8.50 – 9.00 Перерыв.

9.00 – 9.50 Клинический разбор больных с преподавателем.

9.50 – 10.05 Перерыв.

10.05 – 10.55 Клинический разбор больных с преподавателем. Решение ситуационных клинических задач. Демонстрация слайдов, рисунков, таблиц, фотографий, мультимедийное сопровождение.

10.55 – 11.05 Перерыв.

11.05 – 11.15 Контроль конечного уровня знаний. Ответы на вопросы.

11.15– 11.20 Инструкция о содержании и методике подготовки следующего занятия.

6. Блок информации по теме занятия:

ЭКЗЕМА – хроническое рецидивирующее заболевание кожи аллергического генеза, характеризующиеся поливалентной сенсибилизацией и полиморфной зудящей сыпью

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКЗЕМЫ

1. Истинная экзема
 - Острая экзема (эритематозная, папулезная, везикулезная, мокнущая, коростозная);
 - Подострая экзема;
 - Хроническая экзема (лихенифицированная, монетовидная, пруригинозная, роговая, рогоидиформная);
2. Профессиональная экзема (контактная экзема);
3. Себорейная экзема;
4. Микробная экзема (паратравматическая, околораневая, сосков и околососковых кружков у женщин);
5. Экзема детей (истинная, себорейная, экссудативная, пруригинозная).

ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТАКТНЫХ (ПРОСТОГО И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО) ДЕРМАТИТОВ

ПРИЗНАКИ	КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ	
	ПРОСТОЙ	АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ
Причина возникновения	Воздействие химических или физических факторов (механических, актинических и т.д.), не обязательно обладающих	Контакт с веществами сенсибилизирующего действия (аллергия)

	аллергизирующими свойствами	
Сила реакции	Зависит от концентрации, продолжительности действия раздражителя	Зависит от степени сенсибилизации
Время появления	Непосредственно или вскоре после воздействия раздражителей	В течение первых 3-х месяцев контакта
Локализация	Непосредственно на месте нанесения раздражителя. Границы четкие	На месте нанесения аллергена, затем на отдельных участках. Границы нечеткие
Клиника	Поражение диффузное. Сыпь чаще мономорфная. Отек, мокнутие почти сплошное	Поражение очаговое, полиморфизм высыпаний. Отек, мокнутие по типу «серозных колодцев», нерезкое
Течение	Острое	Острое и подострое. Возможны рецидивы
Исход	Исчезает бесследно после устранения раздражителя	Исчезает при устранении аллергена, рецидивирует при контакте, может трансформироваться в экзему
Связь с внутренней соматической патологией	Нет	Могут быть другие аллергические заболевания и патология внутренних органов и нервной системы
Кожные пробы	Не ставятся	Положительные. При клиническом излечении угасают не всегда. Моновалентная сенсибилизация
Патофизиологические нарушения в коже	Нет	Только в очаге
Лечение	Устранение раздражителя. Наружно-противовоспалительные средства	Десенсибилизирующее. Наружносимптоматическое
Профилактика	Временный перевод на другую работу вне связи с раздражающим веществом	Перевод на другую работу вне связи с аллергеном

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКЗЕМЫ И ДЕРМАТИТА

Дерматит	Экзема
Экзогенный раздражитель	Аллергический синдром
Возникает при воздействии на кожу	
Экзогенного фактора	Экзогенного и эндогенного фактора
Локализуется	
На местах воздействия раздражителя	На любом участке кожного покрова
Поражение	
Очаг сплошной	Не сплошное, с просветами здоровой кожи
Полиморфизм	
Слабо выражен	Резко выражен
Мокнутие и серозные колодцы	
Непостоянный синдром	Доминирующий синдром
Буллезные высыпания	
Часты	Отсутствуют

Течение	
Непродолжительное, бурное	Длительное, рецидивирующее
Исчезает при устранении экзогенного фактора	
Всегда	Не всегда
Сенсибилизация	
Моновалентная	Поливалентная
Аллергическая реактивность	
Отсутствует, или нерезко выражена	Постоянная, резко выражена
Аллергические высыпания	
Отсутствуют	Обычное явление

ЭРИТЕМА УЗЛОВАТАЯ – панникулит, характеризующийся наличием болезненных розовых узлов на разгибательной поверхности нижних конечностей.

ЭРИТЕМА ЭКССУДАТИВНАЯ МНОГОМОРФНАЯ – острое, рецидивирующее заболевание кожи и слизистых оболочек инфекционно-аллергического генеза.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ЭРИТЕМЫ ЭКССУДАТИВНОЙ МНОГОМОРФНОЙ

По тяжести проявлений различают:

1. Папулезная (простая или легкая) форма, обычно протекает без поражения слизистых
2. Везикуло - буллезная форма (среднетяжелая)
3. Буллезная (тяжелая форма), включая синдром Стивенса-Джонсена
4. Крайне тяжелая форма заболевания, включая синдром Лайела

СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСЕНА – тяжелое поражение кожи и слизистых оболочек с образованием пузырей и поражением слизистых оболочек как минимум двух органов.

СИНДРОМ ЛАЙЕЛА (токсический эпидермальный некролиз) – тяжелое токсикоаллергическое лекарственно-индуцируемое заболевание, угрожающее жизни больного и характеризующиеся интенсивной отслойкой и некрозом эпидермиса с образованием обширных пузырей и эрозий на коже и слизистых оболочках.

ТОКСИДЕРМИЯ – острое токсикоаллергическое воспалительное поражение кожи, представляющее собой аллергическую реакцию на введение в организм (вдыхание, прием внутрь, введение парентерально) веществ, обладающих сенсибилизирующими свойствами

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ТОКСИДЕРМИИ

- Распространенная
 - Фиксированная (син. сульфаниламидная эритема)
- Наиболее тяжелыми формами токсидермии являются:
- некролиз эпидермальный токсический Лайела и Стивенса-Джонсена синдром

7. Задания для итогового контроля занятия:

Контроль итогового уровня знаний:

Инструкция: для каждого вопроса или незаконченного утверждения выберете один правильный ответ.

1. К Вам обратился рабочий цементного завода с жалобами на зуд, покраснение, отечность, гнойнички, мокнутие кожи вокруг свища от остеомиелита на правой голени. Границы поражения резкие, на других участках кожи высыпаний нет. Выберите наиболее вероятный диагноз:

- A. Хроническая язвенная пиодермия
 - B. Аллергический профессиональный дерматит
 - C. Истинная экзема
 - D. Микробная экзема
 - E. Профессиональная экзема
2. По поводу ангины больному был назначен тетрациклин, который он неоднократно принимал ранее. На второй день лечения явления ангины стали разрешаться, общее состояние нормализовалось, температура снизилась, однако на коже появилась обильная сыпь в виде розовых пятен, сопровождающаяся жжением. Ваш клинический диагноз:
- A. Аллергический контактный дерматит
 - B. Простой контактный дерматит
 - C. Медикаментозная токсидермия
 - D. Истинная острая экзема
 - E. Острая крапивница
3. При развитии аллергического контактного дерматита кистей от стирального порошка необходимо:
- A. Прекратить пользование стиральным порошком
 - B. Исключить частое мытье рук, применение других моющих средств
 - C. Назначить внутрь кларитин
 - D. Назначить местно флуцинар
 - E. Все перечисленное верно
4. Какие из перечисленных ниже мероприятий проводятся при медикаментозной токсидермии, развившейся от перорального приема антибиотиков:
- A. Прекращение приема медикамента
 - B. Обильное питье
 - C. Диуретики
 - D. Противовоспалительная местная терапия
 - E. Все перечисленное верно
5. В результате какого внешнего воздействия может развиваться простой контактный дерматит:
- A. Ношение белья из синтетических тканей
 - B. Применение мазей с антибиотиками
 - C. Использование стиральных порошков с ферментами
 - D. Применение "теней" для окрашивания век
 - E. Ничего из перечисленного
6. Укажите наиболее характерный признак аллергического контактного дерматита:
- A. Возникает только у лиц, сенсибилизированных к данному раздражителю
 - B. Имеется поливалентная сенсибилизация
 - C. Площадь воспаления зависит от концентрации раздражителя
 - E. Резистентность к противовоспалительному лечению

Эталоны ответов: 1.D, 2.C, 3. C, 4.E.,5. E, 6. A,

Ситуационные задачи:

1. На прием обратился рабочий цеха окраски готовой продукции с жалобами на появление красноты на коже лица, шеи, рук. Болен с периодическими улучшениями в течение года. Объективно: кожа лица, шеи, кистей и предплечий гиперемирована, отечна, имеются папулы, микровезикулы, мокнутие, серозные корочки. Границы очагов нерезкие. О каком заболевании можно думать? Какие исследования помогают подтвердить диагноз.
2. Больной обратился с жалобами на покраснение и резкую болезненность в области правой ягодицы. Из анамнеза было установлено, что больной в порядке самолечения пояснично-крестцового радикулита на ночь применил аппликацию со скипидаром на область правой

ягодицы. Объективно: в указанной области отмечается очаг поражения размером 15 на 20 см с четкими очертаниями. В очаге яркая гиперемия, отек, мелкие напряженные пузырьки, местами пузырьки. О каком заболевании можно думать?

3. После приема внутрь норсульфазола по поводу ангины у больного появились пятнистые высыпания на коже. В области передней и правой боковой поверхности живота наблюдаются резко отграниченные красновато-бурые пятна со слабым синеватым оттенком. Один очаг размером с 2-копеечную, второй – с 5-копеечную монету. О каком заболевании можно думать?

Эталоны ответов:

1. Аллергический дерматит. Аллергические пробы.
2. Контактный дерматит
3. Фиксированная сульфаниламидная эритема

8. Список рекомендуемой литературы:

Основная:

- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Триада-Х – 2000 – 657 с.
- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.

Дополнительная:

- Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В. Владимирова.- М.1986.

Тема занятия № 4: «Экземаподобные заболевания у детей младшего, старшего возраста и подростков. Диспансерное наблюдение этих детей. Атопический дерматит. Осложнения.»

1. Мотивация темы: Экземаподобные заболевания – наиболее распространенные дерматозы аллергического генеза, особенно у детей младшего, старшего возраста и подростков. Клинические проявления аллергических заболеваний кожи являются частой причиной временной нетрудоспособности. Проявление на коже этих заболеваний имеет схожесть с множеством других патологических состояний и практикующий врач любой специальности должен уверенно диагностировать экземаподобные заболевания у детей младшего, старшего

возраста и подростков от других заболеваний кожи, а также уметь самостоятельно подбирать рациональную терапию.

2. Цель: Изучить этиологию, патогенез, особенности клинического течения, дифференциальную диагностику, принципы лечения и профилактики больных с экземоподобными заболеваниями у детей младшего, старшего возраста, подростков и атопическим дерматитом. Изучить методике ведения амбулаторных больных, правилам заполнения амбулаторной карты пациентов в поликлинике, уметь применять практические навыки, полученные на клинических занятиях.

3. Задачи занятия:

Студент должен знать:

- Определение атопического дерматита.
- Этиологию, патогенез, классификацию экземоподобных заболеваний у детей, атопического дерматита.
- Основы клиники экземоподобных заболеваний у детей, атопического дерматита.
- Основы диагностики экземоподобных заболеваний у детей, атопического дерматита.
- Принципы лечения и профилактики больного с экземоподобными заболеваниями, атопического дерматита.

Студент должен уметь:

- Собрать анамнез у больного с экземоподобными заболеваниями, атопическим дерматитом.
- Поставить диагноз заболевания с учетом стадии, течения, тяжести экземоподобных заболеваний, атопического дерматита.
- Провести окончательный дифференциальный диагноз тяжести экземоподобных заболеваний, атопического дерматита.
- Составить план лечения больного с экземоподобными заболеваниями, атопическим дерматитом (наружное, общее и физиотерапевтическое).
- Выписать рецепты основных наружных лекарственных форм

Средства необходимые для проведения занятия:

- Таблицы и наглядные пособия:
- Муляжи по теме:
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986, 2000.
- Слайды по теме: «Экземоподобные заболевания у детей. Атопический дерматит»
- Клинические задачи по теме: «Экземоподобные заболевания у детей. Атопический дерматит»
- Больные с экземоподобными заболеваниями, атопическим дерматитом.
- Набор инструментов для проведения занятия

Базисные знания:

- Раздел по гистоморфологии экземоподобных заболеваний у детей, атопического дерматита Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Раздел по диагностике морфологических элементов экземоподобных заболеваний у детей, атопического дерматита ая
Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Раздел по классификации экземоподобных заболеваний у детей, атопического дерматита
Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.
- Раздел по принципам терапии экземоподобных заболеваний у детей, атопического дерматита Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

4. Задания для самоподготовки:

Заполнить таблицу по основным положениям темы, пользуясь учебным пособием под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. – 2004 с. или под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – с. 197-208.

Основные положения темы	Их характеристика
Патогенез развития экземоподобных заболеваний у детей, атопического дерматита.	Заполняется студентом
Основные жалобы пациентов при экземоподобных заболеваниях у детей, атопического дерматита.	
Классификация экземоподобных заболеваний у детей, атопического дерматита.	
Методы диагностики экземоподобных заболеваний у детей, атопического дерматита.	
Немедикаментозные методы лечения экземоподобных заболеваний у детей, атопического дерматита.	
Медикаментозные методы лечения экземоподобных заболеваний у детей, атопического дерматита.	
Прогноз больных с экземоподобными заболеваниями у детей, атопическим дерматитом	

Контрольные вопросы:

7. Экземоподобные заболевания у детей младшего возраста
8. Экземоподобные заболевания у детей старшего возраста
9. Экземоподобные заболевания у подростков
10. Роль наследственности, антенатальных и перинатальных воздействий, условия внешней среды, реактивности.
11. Дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактика, диспансеризация детей с экземоподобными заболеваниями
12. Определение атопического дерматита. Этиология и патогенез. Патогистология. Роль наследственности, антенатальных и перинатальных воздействий, условия внешней среды, реактивности.
13. Классификация. Морфологические элементы сыпи, характерные для атопического дерматита. Клинические формы атопического дерматита (в зависимости от возраста, стадии, тяжести), дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактика, диспансеризация больных.
14. Общее лечение и принципы наружного лечения атопического дерматита.
15. Дифференциальная диагностика и осложнения экземоподобных заболеваний и атопического дерматита

5. Содержание практического занятия:

8.00 – 8.05 Проверка присутствующих.

8.05 – 8.30 Контроль исходного уровня знаний студентов.

8.30 – 8.50 Амбулаторный прием больных в поликлинике. Разбор больных с преподавателем.

8.50 – 9.00 Перерыв.

9.00 – 9.50 Амбулаторный прием больных в поликлинике. Разбор больных с преподавателем.

9.50 – 10.05 Перерыв.

10.05 – 10.55 Амбулаторный прием больных в поликлинике. Разбор больных с преподавателем. Решение ситуационных клинических задач. Демонстрация слайдов, рисунков таблиц, фотографий, мультимедийное сопровождение.

10.55 – 11.05 Перерыв.

11.05 – 11.15 Контроль конечного уровня знаний, ответы на вопросы.

11.15– 11.20 Инструкция о содержании и методике подготовки следующего занятия.

6. Блок информации по теме занятия:

СТАДИИ ЭКЗЕМАТОЗНОГО ПРОЦЕССА:

- Эритема;
- Папулезная;
- Везикулезная;
- Стадия пустулизации;
- Мокнутия;
- Корочковая;
- Шелушения;
- Восстановления

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ – хронический аллергодерматоз у лиц с генетической предрасположенностью к атопии, характеризующийся экссудативными и/или лихеноидными высыпаниями, повышением уровня сывороточного IgE и гиперчувствительностью к специфическим и неспецифическим раздражителям.

К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСЯТСЯ

- отягощенный собственный и семейный аллергологический анамнез;
- нарушения диеты матери во время беременности и кормления грудью;
- курение матери и другие отрицательные факторы во время беременности и лактации;
- раннее искусственное вскармливание и неправильный режим питания детей, позднее прикладывание к груди;
- нарушения режима дня и неправильный уход за кожей;
- нарушение правил проведения вакцинации;
- климатогеографические условия;
- неблагоприятные условия жизни, отрицательные социальные и экологические факторы;
- антибактериальная терапия во время беременности, лактации, а также антибактериальная терапия в младенческом возрасте;
- нарушения функций желудочно-кишечного тракта с рождения, энзимопатии, дисбактериоз кишечника и др.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ПИЩЕВЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Пищевой продукт	Антиген	Частота выявления, %
Коровье молоко	α -лактоальбумин β -лактоглобулин Казеин Бычий сывороточный альбумин	79-89

Яйцо	Овальбумин Овомукоид	65-70
Пищевые злаки	Глютен Гордеин	30-40
Соя	S-белок	20-25
Рыба	M-паральбумин	90-100
Овощи и фрукты красной или оранжевой окраски		40-45

**УСЛОВНАЯ ГРАДАЦИЯ НЕКОТОРЫХ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ПО СТЕПЕНИ
АЛЛЕРГИЗИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТИ**

Высокая степень	Средняя степень	Низкая степень
Коровье молоко	Свинина	Конина
Рыба	Индейка	Баранина (нежирные сорта)
Яйцо	Кролик	Кабачки
Орехи (кешью, лесной, грецкий, арахис, фундук, фисташки)	Красная смородина	Патиссоны
	Клюква	Репа
	Персики	Тыква светлой окраски
Грибы	Абрикосы	Кисло-сладкие яблоки
Мед	Картофель	(зеленые)
Куриное мясо	Горох	Бананы
Морковь	Перец зеленый	Белая смородина
Цитрусовые	Кукуруза	Крыжовник
Клубника, земляника	Капуста	Слива
Виноград, гранат	Греча	Арбуз
Малина	Рис	Миндаль
Дыня		Черешня белая
Ананасы		Огурец зеленый
Шоколад, кофе, какао		
Горчица		

Томаты		
Свекла		
Пшеница, рожь		

МИКРООРГАНИЗМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КОЖИ ЧЕЛОВЕКА

Грамположительные бактерии	Стафилококки, стрептококки, микрококки, пропионибактер, коринеформные бактерии
Грамотрицательные бактерии	Протей, клебсиелла, эшерихия, псевдомонас
Дрожжеподобные грибки	Candida, Malassezia
Вирусы	Герпес, паповавирусы, папилломавирусы
Другие	Микоплазмы (при ослаблении организма)

РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Возрастные стадии АД	Периоды болезни	Тяжесть течения	Распространенность кожного процесса	Клинико-этиологические варианты
Младенческая Детская Подростковая	Острый Подострый Ремиссия (полная, неполная)	Легкое Средней тяжести тяжелое	Локальный Распространенный диффузный	С преобладанием: пищевой клещевой грибковой пыльцевой и др. видов сенсibilизации

КЛАССИФИКАЦИЯ АД ПО ТИПУ ТЕЧЕНИЯ УрНИИДВИ (Кунгуров и соавт)

- Гиперергический вариант (ГТТ)
- Инфекционный (ИТТ)
- Проллиферативный (ПТТ)

ТИП АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Характеристика	Гиперергический (ГТТ)	Инфекционный (ИТТ)	Проллиферативный (ПТТ)
Особенности анамнеза			
Наследственная	Аллергические	Наличие	Аллергическая

отягощенность	заболевания у родителей матери; аллергические заболевания у сестер и братьев матери; аллергические заболевания у отца	хронических воспалительных заболеваний у матери; заболевания почек у отца	патология или бронхиальная астма у матери; описторхоз у матери (отца); заболевания суставов у отца
Патология беременности и родов у отца	Обострение аллергодерматоза во время беременности; гестоз первой половины беременности; быстрые или стремительные роды	Анемия во время беременности; пиелонефрит во время беременности; преждевременное отхождение вод; длительный безводный период; ручное пособие в родах; инфицирование пупочной ранки	Гестоз второй половины беременности; нарушение мозгового кровообращения 1-2-й степени у новорожденного
Характеристика клинических проявлений			
Преобладающие клинические проявления	Полиморфизм клинических проявлений с частичными явлениями экссудации, мокнутия; эрозии, серозно-геморрагические корки	Клинические проявления в виде папул, шелушения, общей сухости кожи; серозно-гнойные корки	Клинические проявления в виде группирующихся папул, бляшек, инфильтрация, лихенефикация; геморрагические корки
Средняя площадь поражения кожи, %	41,1±2,1	23,5±1,8	65,0±3,7
Максимальная интенсивность симптомов	Эритема (B1), мокнутие/корки (B3)	Экскориации (B4)	Экскориации (B4), лихенификации (B5) сухость (B6)
Интенсивность зуда и нарушений сна	17,4	15,9	19,7
Индекс SCORAD	72.4	67.9	76.2
Характеристика течения процесса			
Причины обострений	Сезонность обострений; обострения под действием алиментарных факторов, профилактических прививок и приёма медикаментов	Обострение после перенесённой ОРВИ, переохлаждения; обострения во время или после инфекционных заболеваний	Стёртая сезонность и монотонность течения кожного процесса; обострения во время или после нервно-эмоциональных перегрузок, стрессов; по неустановленным причинам
Особенности	Раннее начало	Осложнения в виде	Торпидность

клинического течения и осложнений	дерматоза; острота рецидивов и их относительная непродолжительность; осложнения - эритродермия	рецидивирующей пиодермии и лимфаденопатии	течения, резистентность к проводимой терапии; осложнения – стабильная эритродермия
-----------------------------------	--	---	--

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

ОСНОВНЫЕ

1. Зуд
2. Морфология и локализация высыпаний:
 - в раннем детстве - эритема и шелушение в области лица, туловища и разгибательных поверхностей конечностей
 - в старшем детском и юношеском возрасте - появление лихенификаций на симметричных участках сгибательных поверхностей конечностей и шеи
 - у взрослых - диффузная лихенизация
 - преимущественно у взрослых - пруригинозные плотные изолированные папулы
3. Хроническое и рецидивирующее течение, резистентность к проводимой терапии
4. Наличие сопутствующей атопии; астмы, аллергического (атонического) ринита
5. Возникновение первых признаков заболевания в детском возрасте
6. Наличие наследственной предрасположенности и «семейной» атопии (в том числе нейродермита)

ВТОРОСТЕПЕННЫЕ

Ксеродерма

Ихтиоз

Ладонная гиперлинейность, усиление рисунка (атопические ладони)

Фолликулярный кератоз

Стафилодермии и другие инфекции кожи

Склонность к дерматитам на коже кистей (артифициальным) и стоп (микогенным)

Стойкий белый дермографизм

Чувствительной к герпес-вирусной инфекции

Хейлит

Рецидивирующий конъюнктивит

Дерматит грудных сосков

Передняя субкапсулярная катаракта

Лекарственная аллергия

Крапивница

Потемнение кожи глазниц

Продольная складка нижнего века (линия Денье—Моргана)

Бледность или эритема лица Кератоконус (коническое выпячивание роговицы в ее центре)

Pityriasis alba

Складчатость передней поверхности кожи шеи

Зуд при потоотделении

Перифолликулярные уплотнения кожи

Сетчатая пигментация — симптом «грязной шеи»

Провоцирующее влияние эмоциональных, пищевых, климатических и других экзогенных факторов, включая инфекционные заболевания

Сезонность заболевания: обострения весной и в осенне-зимний период; ремиссии в летние солнечные месяцы

Разрежение наружной части бровей

Рецидивирующие заеды

«Географический» язык

Наличие вторичной лейкодермы

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

1. Наличие IgE антител к различным аллергенам, повышенный уровень общего IgE, положительные кожные и/или провокационные тесты с аллергенами
2. Эозинофилия крови
3. Изменения в иммунном статусе: снижение уровня CD3 Т-лимфоцитов, индекса CD4/CD8, дисиммуноглобулинемия, снижение переваривающей активности фагоцитов, изменение поглотительной способности уровня ЦИК
4. Обсеменение кожи стафилококками, грибами (*Trichophyton rubrum*, *Candida albicans* и *C. parapsilosis*, *Malassezia spp* и др.)
5. Другие виды исследований способствуют дифференциальной диагностике и выявлению сопутствующих заболеваний (ринитов, астмы, заболеваний кишечника и др.)

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Метод	Содержание
I. Анамнез	<ol style="list-style-type: none">1. Аллергологический анамнез:<ol style="list-style-type: none">а) аллергические (атопические) заболевания в семье в прошлом и настоящем;б) перенесенные ранее аллергические (атопические) - заболевания;в) реакции на введение сывороток, вакцин, различных медикаментов;г) сезонность заболевания;д) влияние климата на течение заболевания;е) факторы, провоцирующие обострение (влияние погоды, отрицательные эмоции, респираторные заболевания, пищевые, бытовые, профессиональные, физические факторы и др.)2. Начало заболевания в раннем детстве3. Хроническое рецидивирующее течение4. Склонность к кожным инфекциям (герпес, вирусные бородавки, пиодермия и др.)5. Рецидивирующий конъюнктивит6. Антенатальные и постнатальные факторы риска
II. Общий статус	<ol style="list-style-type: none">1. Общие свойства кожи: ксероз, ихтиоз, гиперлинеарность ладоней, Kerafolosis pilaris, Pityriasis alba, бледность кожи лица, периорбитальное затемнение и др. (кожный статус бессимптомного нейродермита)2. Лимфоузлы3. Миндалины, уши, нос4. Легкие5. Желудочно-кишечный тракт6. Почки7. Глаза

III. Локальный статус	<ol style="list-style-type: none"> 1. Характер поражения кожи (воспалительный - острый, подострый, хронический) 2. Локализация (лицо, разгибательные поверхности - в детстве; сгибательные поверхности, голова, шея - у взрослых). 3. Элементы сыпи (лихеноидные полигональные и фолликулярные папулы, мелкие пруригозные папулы, папуловезикулы, лихенификация)
IV. Дермографизм	Белый, стойкий(красный)
V. Тяжесть течения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Легкая, средне-тяжелая, тяжелая. 2. Тяжесть по индексу SCORAD
VI. Общий анализ крови (1 раз в 10 дней)	Уровень эозинофилов и другие показатели. Определение группы крови.
VII. Биохимический анализ крови	Общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, фибриноген, СРБ, глюкоза (повторное по показаниям)
VIII. Инструментальное обследование	Эзофагогастродуоденоскопия ЭКГ УЗИ, рентгенологическое обследование по показаниям
IX. Специфическое аллергологическое обследование	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выявление аллергенспецифических IgE -антител (RAST, MAST, ИФА и др.) 2. Скарификационные (или prick тест) кожные тесты с бытовыми, пыльцевыми, эпидермальными, грибковыми и пищевыми аллергенами. 3. Внутрикожное тестирование с бактериальными и грибковыми аллергенами. 4. Провокационные тесты по необходимости (назальные, конъюнктивальные, пероральные). 5. Ведение пищевого дневника
X. Оценка иммунного статуса	<ol style="list-style-type: none"> 1. Иммуноглобулины E, A, M, G в сыворотке крови 2. CD3+, CD4\CD8+, CD16+, CD19+, CD22+, CD25+, CD71+, CD72+, CD95+, B-IgG, B-IgM, B-IgA 3. Фагоцитоз 4. ЦИК 5. Выявление бактериальных и вирусных антигенов 6. Интерфероны и цитокины
XI. Анализ мочи	Общий анализ мочи (по показаниям — мочи по Нечипоренко)
XII. Анализ кала	<ol style="list-style-type: none"> 1. Общий анализ кала (копрограмма) 2. Исследование кала на яйца глистов и простейших 3. Анализ кала на дисбактериоз
XIII. Микробиологическое обследование	<ol style="list-style-type: none"> 1. Посев на флору и определение чувствительности к антибиотикам с очагов поражения или пиодермии 2. Обследование на патогенные грибы 3. Вирусологическое обследование
XIV. Диагностическая биопсия	Исключение морфологических признаков пимфомы (по показаниям)

XV. Консультации специалистов	1. Терапевт (педиатр) 2. Аллерголог-иммунолог 3. Дерматолог 4. Диетолог 5. ЛОР, гастроэнтеролог, эндокринолог, психоневролог, окулист - по необходимости
XVI. Психологическое обследование	По показаниям

ОСМОТР КОЖНЫХ ПОКРОВОВ

В большинстве случаев диагноз атопического дерматита может быть поставлен уже при первичном осмотре, когда у больного выявляются характерные поражения кожи при типичной локализации. При этом в момент осмотра больного следует помнить об особенностях клинического проявления заболевания в его различные возрастные периоды. Атопический дерматит наиболее вероятен в возрастном интервале от 3 месяцев до 30-40 лет. Возраст больного старше 50 лет, а также начало развития болезни в позднем возрасте требует дополнительного обследования, прежде всего, для исключения лимфомы. Наличие зуда, а также констатация белого дермографизма подтверждает диагноз атопического дерматита. При осмотре больного в ремиссии следует обращать внимание не только на основные и дополнительные диагностические признаки, но и на характерные фоновые изменения, описанные нами как "кожный статус бессимптомного атопического больного".

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Сочетание нейродермита с поражением других органов (бронхиальная астма, поражения кишечника, почек и др.) в виде атопического синдрома всегда протекает тяжелее. В практической деятельности принято выделять нейродермит легкой, средней и тяжелой степени, однако для объективной оценки степени тяжести кожного процесса и динамики течения заболевания в 1994 г. Европейской рабочей группой по нейродермиту предложена шкала SCORAD (scoring atopic dermatitis). Она разрабатывалась совместно с врачами и пациентами, страдавшими нейродермитом, и объединяет объективные (интенсивность и распространенность кожного поражения) и субъективные (интенсивность дневного кожного зуда и нарушение сна) критерии. Основным преимуществом использования шкалы SCORAD является возможность сравнительного анализа полученных результатов с помощью компьютерной обработки, а также объективная оценка эффективности различных методов терапии. SCORAD предусматривает оценку шести объективных симптомов: эритема, отек/папулезные элементы, корки/мокнутые, эксфолиации, лихенификация/шелушение, сухость кожи. Интенсивность каждого признака оценивается по четырех уровневой шкале: 0 - отсутствие, 1 - слабая, 2 - умеренная, 3 - сильная.

Расчет площади (S) поражения кожных покровов: голова, шея - 9%, передняя поверхность туловища - 18%, задняя поверхность туловища - 18%, правая верхняя конечность - 9%, левая верхняя конечность - 9%, правая нижняя конечность - 18%, левая нижняя конечность - 18%, область промежности и половых органов - 1%. Оценка субъективных признаков, соответствующей среднему значению за последние 3 дня/ночи от 0 до 10 баллов: интенсивность зуда, степень нарушения сна. Расчет индекса SCORAD производился по формуле: $SCORAD = A/5 + 7 \times B/2 + C$, где

A - распространенность поражения кожи в %;

B - сумма уровней интенсивности клинических симптомов нейродермита;

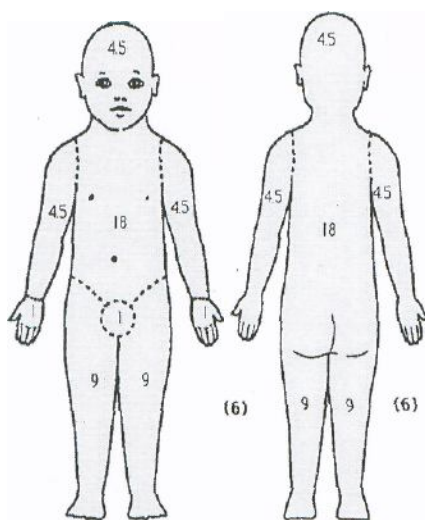
C - сумма оценок субъективных нарушений по визуальной аналоговой шкале.

Значения индекса могут варьировать в пределах от 0 (нет заболевания) до 103 (максимально тяжелое течение нейродермита).

Пример расчета: Больной М., 12 лет поступил в клинику с диагнозом: диффузный нейродермит, стадия обострения. Площадь поражения кожи 65 %. Оценка объективных симптомов (в баллах): эритема - 2, отек и образование папул - 2, мокнутие - 2, эскориации - 3, лихенификация -2, сухость – 2. Итого: общий балл объективных симптомов равен 13.
 Оценка субъективных симптомов: зуд – 8, степень нарушения сна – 7. Итого: общий балл субъективных симптомов равен 15.
 Индекс SCORAD составляет $65/5+7 \times 13/2+15=73,5$ балла.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ ШКАЛЫ SCORAD

Фамилия	
Имя	
Дата рождения	
Дата обследования	
Лечебное учреждение	
Ф. И. О. врача	



А: Распространенность	
укажите площадь поражения	
В: Интенсивность	
Критерий	Выраженность
Эритема	
Отек/папулезные элементы	
Корки/мокнутие	
Эскориации	
Лихенификация	
Сухость кожи ¹	

¹ Сухость кожи оценивается вне очагов островоспалительных изменений и участков лихенификации

В практической деятельности дерматологи ориентируются также на клинические признаки степени активности атопического дерматита.

Максимальная степень активности соответствует атопической эритродермии или распространенному процессу. Острота воспаления процесса значительная, особенно в первом возрастном периоде болезни (везикуляция, мокнутие).

Высокая степень активности процесса характеризуется распространенными кожными поражениями, чаще подострыми изменениями.

Умеренная степень активности характеризуется подостро- или хронически-воспалительными кожными поражениями, чаще локализованного характера.

Минимальная степень активности. Для нее характерны локализованные поражения кожных покровов (у детей грудного возраста - эритематозно-свамозные очаги на щеках, в более старшем возрасте-локальная периоральная лихенификация или ограниченные лихенифицированные очаги в локтевых и подколенных складках, инфильтрированные очаги на кистях и запястьях).

ОБЩАЯ СХЕМА ВЫБОРА ОСНОВНОГО ПРОДУКТА ПИТАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГИЕЙ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА

Естественное вскармливание	Максимально длительное сохранение естественного вскармливания (при строгом соблюдении гипоаллергенной диеты матерью)
Смешанное вскармливание	Докорм: 1) Смесями на основе гидролизата молочного белка с частичным или полным гидролизом; 2) Соевыми смесями
Искусственное вскармливание	При слабой чувствительности к белкам коровьего молока: 1) Кисломолочные смеси; 2) Смеси на основе гидролизатов белка с частичным гидролизом При средней чувствительности к белкам коровьего молока: 1) Соевые смеси 2) Смеси на основе гидролизатов белка с полным гидролизом

НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНЫЕ ПЕРЕКРЕСТНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ПИЩЕВЫЕ И НЕПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ/ВЕЩЕСТВА (БАКТЕРИАЛЬНЫЕ, ГРИБКОВЫЕ, ЛЕКАРСТВЕННЫЕ)

Пищевой продукт	Продукты и непищевые антигены, дающие перекрестные аллергические реакции
Коровье молоко	Козье молоко, говядина, телятина, мясопродукты из них, шерсть коровы, ферментные препараты на основе поджелудочной железы крупного рогатого скота
Кефир (кефирные дрожжи)	Плесневые грибки, плесневые сорта сыров (Рокфор, Дор-блю, Бри и пр.), дрожжевое тесто, квас, антибиотики пенициллинового ряда
Куриное яйцо	Куриное мясо и бульон, перепелиные яйца и мясо, лекарственные препараты (интерферон, лизоцим, бифилиз, некоторые вакцины)
Персики, абрикосы, слива, клубника, малина, вишня, виноград, картофель	Аспирин, амидопирин

ТАКТИКА ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

- Элиминация комплексов Ag-At, токсических метаболитов из организма (дезэлиминационная терапия, энтеросорбенты, мочегонные средства)
- Антигистаминные препараты I и II поколения
- Противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия
- Иммунокорректирующая терапия иммуностимулирующими средствами
- Коррекция функции ЖКТ (гипоаллергенная диета, ферменты, эубиотики)
- Коррекция психогенных нарушений
- Витаминотерапия, Антиоксиданты
- Антибиотики и антимикотики по показаниям
- Топическая терапия
- Физиотерапия (УФО, ПУВА-терапия, иглорефлексотерапия)
- Санаторно-курортное лечение и климатотерапия
- Противорецидивные мероприятия (санация фокальных очагов инфекции, терапия сопутствующих заболеваний, лечебно-охранительный режим)

В целом *принципы и этапы терапии* можно свести к следующему:

1. В острый период атопического дерматита назначается интенсивная терапия (в зависимости от тяжести атопического дерматита) для снятия остроты процесса (глюкокортикостероиды внутривенно или перорально, антигистаминные, плазмаферез); по показаниям - антибактериальные и/или антигрибковые препараты; базисная терапия (в зависимости от ведущего патогенетического механизма) - антимадиаторы, мембраностабилизаторы.

2. В период затихания применяется поддерживающая и превентивная терапия - мембраностабилизаторы, иммуномодуляторы, витамины, физиотерапия, энтеросорбенты.

3. В период ремиссии проводят профилактические противорецидивные мероприятия – специфическую иммунотерапию, курсы гистаглобулина, немедикаментозные и физиотерапевтические методы, дезаллергизацию быта больного.

Во все периоды необходима гипоаллергенная и элиминационная (если известен аллерген) диета.

7. Задания для итогового контроля занятия:

Контроль итогового уровня знаний:

Инструкция: для каждого вопроса или незаконченного утверждения выберете один правильный ответ.

1. Какие признаки характерны для истинной экземы:
 - A. Нервно-аллергический характер процесса
 - B. Длительное течение с частыми рецидивами
 - C. Полиморфизм сыпи
 - D. Обострение нередко без видимой причины
 - E. Все перечисленное верно
2. Патогномоничными для экземоподобных заболеваний высыпными элементами являются:
 - A. Корки, чешуйки
 - B. Эритема, пустулы
 - C. Микровезикулы, мокнущие эрозии
 - D. Эрозии, язвы
 - E. Папулы, везикулы
3. В стадии мокнутия для наружной терапии экземоподобных заболеваний применяются:
 - A. Присыпки
 - B. Мази
 - C. Пасты
 - D. Примочки
 - E. Взбалтываемые взвеси

Эталонные ответы: 1. E, 2. C, 3.D

Ситуационные задачи:

2. На прием обратился мальчик 12 лет с жалобами на появление высыпаний на коже кистей, мокнутие, зуд. Подобные высыпания появляются третий раз в год. В анамнезе экссудативный диатез, непереносимость ряда пищевых продуктов. Объективно: на коже тыльной поверхности рук и предплечий симметрично имеются очаги поражения с нечеткими границами ярко-красного цвета. В очагах отмечается полиморфизм элементов, имеются папулы, пузырьки, эрозии, корочки. О каком заболевании можно подумать? Проведите дифференциальный диагноз.

2. На прием обратилась больная с жалобами на периодическое появление красноты на коже рук, зуд. Подобные высыпания наблюдались в течение пяти лет. Связать свое заболевание с чем-либо не может. Объективно: на коже рук в области предплечий и кистей имеются очаги поражения с нечеткими границами, в очагах гиперемия, мокнутие в виде «серозных колодцев», корочки. Поставьте диагноз больному.

3. На прием обратился врач-стоматолог, работающий в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники, с жалобами на появление зудящей сыпи на коже кистей. Болен в течение нескольких месяцев. Объективно: на коже пальцев обеих кистей имеются очаги поражения с нечеткими границами в виде гиперемии. На боковых поверхностях пальцев имеются пузырьки с серозным содержимым. О каком заболевании можно думать? Какие исследования могут подтвердить предполагаемый диагноз?

Эталоны ответов:

1. Атопический дерматит. Диф. Диагностика – экзема, дерматит, атопический дерматит
2. Экзема.

3. Аллергический дерматит

8. Список рекомендуемой литературы:

Основная:

- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Триада - X – 2000 - 657с.
- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.

Дополнительная:

- Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В. Владимирова.- М.1986.

Тема занятия № 5: «Пиодермии. Чесотка. Педикулез».

1. Мотивация темы: Пиодермия – большая группа дерматозов, вызываемая гноеродными кокками, преимущественно стафилококками и стрептококками. Чесотка – инфекционное паразитарное заболевание, вызываемое чесоточным зуднем *Sarcoptes scabiei*. Проявление на коже этих заболеваний имеет схожесть с множеством других патологических состояний и практикующий врач любой специальности должен уверенно диагностировать гнойничковые и паразитарные заболевания кожи от других болезней, а также уметь самостоятельно подбирать

рациональную терапию, провести противоэпидемические и оздоровительные мероприятия в случае заразных дерматозов.

2. Цель: Изучить особенности клинического течения, этиологии и патогенеза, дифференциальной диагностики и терапии пиодермии у детей старшего возраста и подростков, у детей периода новорожденности, десквамативной эритродермии, а также чесотки и педикулеза. Изучить методику ведения амбулаторных больных, правилам заполнения амбулаторной карты пациентов в поликлинике, уметь применять практические навыки, полученные на клинических занятиях.

3. Задачи занятия:

Студент должен знать:

- Определение пиодермии, чесотки и педикулеза
- Этиологию и патогенез гнойничковых заболеваний и чесотки, педикулеза
- Дифференциальную диагностику пиодермии, а также чесотки и педикулеза
- Методы диагностики чесотки и педикулеза
- Методы терапии пиодермии, чесотки и педикулеза
- Методы терапии педикулеза и чесотки, осложненной пиодермиями.
- Эпидемиологические мероприятия в очаге.
- Методы профилактики пиодермии, чесотки и педикулеза

Студент должен уметь:

- Правильно собрать анамнез и поставить диагноз заболевания (стадия, характер течения, тяжесть и др.)
- Провести методы диагностики пиодермии, чесотки и педикулеза
- Провести окончательный дифференциальный диагноз
- Составить тактическую схему ведения больного
- Заполнить амбулаторную карту дерматологического больного
- Выписывать рецепты для лечения на основные лекарственные средства по данным заболеваниям
- Провести противоэпидемические и оздоровительные мероприятия в случае заразных дерматозов

Средства необходимые для проведения занятия:

- Таблицы и наглядные пособия:
- Муляжи по теме:
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986, 2000.
- Слайды по теме: «Пиодермии. Чесотка. Педикулез»
- Клинические задачи по теме: «Пиодермии. Чесотка. Педикулез»
- Больные пиодермией, чесотки и педикулеза
- Набор инструментов для проведения занятия

Базисные знания:

- Раздел по гистоморфологии пиодермии, чесотки и педикулеза
Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Раздел по диагностике морфологических элементов пиодермии, чесотки и педикулеза
Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Раздел по классификации пиодермии, чесотки и педикулеза

Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.

- Раздел по принципам терапии пиодермии, чесотки и педикулеза

Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

4. Задания для самоподготовки:

Заполнить таблицу по основным положениям темы, пользуясь учебным пособием под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. – 2004 с. или под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – с. 197-208.

Основные положения темы	Их характеристика
Патогенез развития пиодермии, чесотки и педикулеза	Заполняется студентом
Основные жалобы пациентов при пиодермии, чесотке и педикулезе	
Классификация пиодермии, чесотки и педикулеза	
Методы диагностики пиодермии, чесотки и педикулеза	
Немедикаментозные методы лечения пиодермии, чесотки и педикулеза	
Медикаментозные методы лечения пиодермии, чесотки и педикулеза	
Прогноз больных с пиодермией, чесоткой и педикулезом	

Контрольные вопросы:

1. Классификация гнойничковых заболеваний кожи.
2. Этиология и патогенез гнойничковых заболеваний кожи.
3. Лечение гнойничковых заболеваний кожи.
4. Особенности течения при СПИДе гнойничковых заболеваний кожи.
5. Особенности дифференциальной диагностики и клинического течения пиодермии у детей старшего возраста и подростков.
6. Особенности дифференциальной диагностики и клинического течения пиодермии у детей периода новорожденности.
7. Особенности клинического течения пиодермии десквамативной эритродермии.
8. Определение чесотки.
9. Этиология чесотки.
10. Клиническая картина чесотки.
11. Осложнения чесотки.
12. Методы лечения чесотки.
13. Профилактика чесотки.
14. Определение. Этиология педикулеза.
15. Методы лечения и профилактика педикулеза.

5. Содержание практического занятия:

8.00 – 8.05 Проверка присутствующих.

8.05 – 8.30 Контроль исходного уровня знаний студентов.

8.30 – 8.50 Амбулаторный прием больных в поликлинике. Разбор больных с преподавателем.
 8.50 – 9.00 Перерыв.
 9.00 – 9.50 Амбулаторный прием больных в поликлинике. Разбор больных с преподавателем.
 9.50 – 10.05 Перерыв.
 10.05 – 10.55 Амбулаторный прием больных в поликлинике. Разбор больных с преподавателем.
 Решение ситуационных клинических задач. Демонстрация слайдов, рисунков таблиц, фотографий, мультимедийное сопровождение.
 10.55 – 11.05 Перерыв.
 11.05 – 11.15 Контроль конечного уровня знаний, ответы на вопросы.
 11.15– 11.20 Инструкция о содержании и методике подготовки следующего занятия.

6. Блок информации по теме занятия:

ПИОДЕРМИИ (ГНОЙНИЧКОВЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ) – группа заболеваний кожи, вызываемая гноеродными микроорганизмами, главным образом стафилококками, стрептококками, реже другими (псевдоманозная инфекция и др.).

ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ПИОДЕРМИЙ

Возбудитель	Факторы патогенности, агрессии	
	токсины	ферменты
СТАФИЛОКОККИ (белый, лимонно-желтый, золотистый, гемолитический)	Летальный Некротический Гемолитический Лейкоцидин Энтеротоксин Нейро- и эритрогенный	Гиалуронидаза Коагулаза Лециткиназа Фибринолизин Пенициллиназа Протеиназа Дезоксирибонуклеаза
СТРЕПТОКОККИ (зеленящий, гемолитический, негемолитический,	Летальный Некротический Энтеротоксин Гемолитический (S-стрептолизин, O-стрептолизин)	Те же

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ПИОДЕРМИЙ

ТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ		
Стафилодермии	Стрептодермии	Смешанные стрептостафилодермии

<u>Поверхностные:</u> 1. Остиофолликулит 2. Фолликулит поверхностный 3. Сикоз вульгарный 4. Угри обыкновенные 5. Эпидемическая пузырчатка новорожденных <u>Глубокие:</u> 1. Глубокий фолликулит 2. Фурункул, фурункулез 3. Карбункул 4. Гидраденит	<u>Поверхностные:</u> 1. Импетиго стрептококковое - заеда стрептококковая - сифилоподобное - интертригинозное - кольцевидное - буллезное - поверхностный панариций 2. Сухая стрептодермия - простой лишай лица <u>Глубокие:</u> 1. Целлюлит - острый стрептококковый – рожа 2. Эктима обыкновенная	<u>Поверхностные:</u> 1. Импетиго вульгарное (смешанное) <u>Глубокие:</u> 1. Хроническая язвенная пиодермия 2. Шанкриформная пиодермия
АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ		
1. Вегетирующая пиодермия 2. Ботриомикома (пиогенная гранулема)		

ПРИНЦИПЫ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИОДЕРМИЙ

Пиодермии	Общая характеристика и значимость этиологических, патогенетических факторов	Лечение
ОСТРЫЕ ПИОДЕРМИИ (фурункул, карбункул, гидраденит, эпидемическая пузырьчатка новорожденных и др.)	Ведущая роль — высокая патогенность микроорганизма, кратковременно действующие отрицательные факторы внешней среды (переохлаждение, перегревание и др.)	Антибиотики, сульфаниламидные препараты. Устранение неблагоприятных экзогенных факторов. Наружное лечение
ХРОНИЧЕСКИЕ ПИОДЕРМИИ (хронический рецидивирующий фурункулез, вульгарный сикоз, хронические язвенные, вегетирующие, узловатые формы)	Ведущая роль — висцеральная патология (диабет, очаги фокальной инфекции и др.), подавление иммунологической реактивности; второстепенная роль — микроорганизмы невысокой патогенности	Санация очагов фокальной инфекции, лечение диабета и другой висцеральной патологии Специфические иммунопрепараты (стафилококковый анатоксин, антифагин и др.), средства, усиливающие иммуногенез (пантоксил, гамма-глобулин) На первоначальных и

		заключительных этапах — антибиотики. Наружное лечение
--	--	---

КЛАССИФИКАЦИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ФОРМ ПИОДЕРМИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА И ПОДРОСТКОВ

Группа пиодермий	Формы пиодермий	
	поверхностные	глубокие
Стафилодерми	Остеофолликулит, фолликулит, сикоз стафилококковый (вильгарный)	Глубокий фолликулит, фурункул, карбункул, гидраденит
Стрептодермии	Импетиго стрептококковое	Эктима вульгарная
Смешанные (стрептастафилодермии)	Импетиго вульгарное	Пиодермия язвенно-вегетирующая хроническая

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ, ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КОЖЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПИОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ И ГРУДНОМ ВОЗРАСТНОМ ПЕРИОДЕ

Клинические формы	Первичный элемент	Клиническая картина патогистологические изменения	Дифференциальный диагноз
Стафилодермии периода новорожденности			
Везикулостулез	Пустула	В шиповатом слое эпидермиса образуется пустула величиной 0,2 см, в дерме - незначительная гистиолимфоцитарная инфильтрация вокруг потовых желез.	Пузырчатка новорожденных, остеофолликулит
Эпидермическая пузырьчатка новорожденных	Пузырь	Ограниченное скопление серозной жидкости в шиповатом слое эпидермиса в виде полости.	Эпидермолиз буллезный, сифилитическая пузырьчатка, ветряная оспа, фолликулиты, чесотка, токсикодермия.
Эксфолиативный дерматит новорожденных Риттера - синдром стафилококкового ожога кожи	На фоне эритемы возникают вялые пузыри с образованием эрозивных поверхностей	На фоне эритемы в шиповатом слое возникают вялые пузыри с образованием эрозии	Врожденный ихтиоз, ихтиозиформная эритродермия, десквамативная эритродермия Лейнера
Множественные абсцессы псевдофурункулез Фингера	Узлы множественные	Подкожные узлы величиной от горошины до лесного ореха, красно-багрового цвета. Поражаются потовые железы.	Фолликулиты

Остиофолликулиты	Поверхностная пустула	В устье волосяного фолликула образуется пустула величиной от 0,2 см до 0,5 см.	Папуло-некротический туберкулез кожи
Фолликулит	Узелок	Вокруг волосяного фолликула образуются узелки величиной до 0,5 см.	Папуло-некротический туберкулез кожи
Стрептодермии периода новорожденности			
Стрептококковое	Фликтены	Поверхностные пузыри со склонностью к периферическому росту. При обратном развитии покрывается соломенно-желтого цвета коркой.	Вакциноформный пустулез, герпетиформный дерматит, укусы насекомых
Буллезная форма импетиго	Пузыри	Пузыри различной величины от 1,0 см ореха до 5,0 см, наполненные сероно-мутноватым содержимым и окруженные розовым венчиком. На месте пузырей образуются эрозии. Локализуются на открытых участках.	
Заеда	Пузырь	Пузырь у углов рта быстро вскрывается и образуются эрозии и трещины	Кандидоз кожи. Абрибофлавиноз.
Эритем автосквамозная стрептодермия	Эритема и шелушение	Незначительное покраснение кожи и сопровождается шелушением, разновидность простого псориаза в виде шелушения в области щек	Кандидоз кожи
Поверхностный панариций	Фликтены	Фликтены на воспаленном основании, локализующиеся подковообразно параллельно луночке ногтевой пластинке	Паронихии, вызванные дрожжеподобными
Папуло-эрозивная стрептодермия (пеленочный дерматит)	Эритема	Развиваются мелкие багрово-красные или ярко-красные папулы с небольшими фликтенами на верхушке. Последние разрываются и эпителизируются	Ранний врожденный сифилис
Вульгарная эктима	Язва	Изъязвления за счет дефекта верхних отделов дермы, наличия участков некроза в дерме, разрушение эластических и коллагеновых волокон.	Фурункул, хроническая вегетирующая пиодермия
Рожа	Эритема	Розово-красная эритема в	Дерматит

новорожденных		области пупка, плотной и теплой на ощупь, с нечеткими границами. Возможны пузыри, абсцессы, некрозы на коже мошонки, больших половых губ и тыле стоп.	
---------------	--	---	--

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ЧЕСОТКИ

- Типичная чесотка
- Норвежская чесотка
- Чесотка без ходов
- Скабиозная лимфоплазия
- Псевдосаркоптоз
- Чесотка «инкогнито», «чистоплотных» или «культурных»
- Осложненная чесотка (пиодермией, аллергическим дерматитом, микробной экземой)

СИМПТОМЫ ПРИ ЧЕСОТКЕ

АРДИ - пустулы и гнойные корочки на локтях и в их окружности;

ГОРЧАКОВА - кровянистые корочки на локтях и в их окружности;

МИХАЭЛИСА - кровянистые корочки и импетигиозные высыпания в межъягодичной складке с переходом на крестец.

МЕТОДИКА ОБНАРУЖЕНИЯ ЧЕСОТОЧНОГО КЛЕЩА

Применение: для диагностики чесотки.

Каплю 40% молочной кислоты наносят на чесоточный элемент (ход, пузырёк и т.д.). Через 5 минут разрыхленный эпидермис соскабливают острой глазной ложечкой до появления капиллярного кровотечения, немного захватывая и прилегающую здоровую кожу. Полученный материал переносят на предметное стекло в каплю молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и сразу же исследуют под малым увеличением микроскопа. Результат считается положительным при обнаружении в препарате клеща, яиц, личинок, опустевших яйцевых оболочек или хотя бы одного из этих элементов.

СХЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ ПРЕПАРАТОВ

Препарат	Возраст пациента	Метод лечения	Количество препарата необходимое
Серная мазь 33 %	Взрослые, дети старше 12 лет	5—7 дней подряд	100 гр

Серная мазь 10-15 %	дети старше 2 лет	5—7 дней подряд	50 гр
Сернистый вазелин 6 %	Новорожденные и грудные дети	3—7 дней	30 гр
Бензилбензоат 20%	Взрослые, дети старше 12 лет	2—3 дня, перерыв 3 дня повторное применение - 2 дня	2 фл. по 250 мл
Бензилбензоат 10%	Новорожденные и дети до 3 лет дети старше 12 лет	Две обработки по 12 часов с интервалом в сутки 2 дня, перерыв 3 дня; повторное применение -	100мл 250мл
Эсдепаллетрин (SPREGAL)	Новорожденные и дети до 5 лет	Однократная обработка 12 часов	1/4 фл. (1 фл. 160 гр.)
Эсдепаллетин (SPREGAL)	Взрослые и дети старше 5 лет	Однократная обработка 12 часов, перерыв 3 дня, повторная обработка	1/2 фл. (1 фл. 160 гр.)

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ПЕДИКУЛЕЗА

- Педикулез головной
- Педикулез платяной
- Педикулез лобковый (фтириаз)

7. Задания для итогового контроля занятия:

Контроль итогового уровня знаний:

1. Для чесотки характерны:
 - 1 лентикулярные папулы
 - 2 геморрагии
 - 3 точечные зудящие пузырьки и узелки
 - 4 волдыри
 - 5 полигональные папулы
2. Для стафилококкового импетиго характерно
 1. появление на коже мелких пустул, пронизанных в центре волосом
 2. наличие воспалительного венчика по периферии пустул
 3. и то, и другое
3. При фурункуле в стадии инфильтрации назначается:
 - 1 местно повязка с анилиновыми красителями
 - 2 прогревание "синей лампой"
 - 3 местно повязка с чистым ихтиолом
 - 4 местно повязка с мазью Вишневского
4. Для стафилококковых пиодермий характерно:
 - 1 гнойнички плоские, дряблые
 - 2 гнойнички напряженные, конической или полушаровидной формы

3 поражение сально-волосяных фолликулов и потовых желез

5. Симптомами стрептококковых пиодермий являются:

- 1 гнойнички плоские, дряблые
- 2 гнойнички напряженные, конической или полушаровидной формы
- 3 поражение сально-волосяных фолликулов и потовых желез

6. При эпидемической пузырчатке новорожденных назначаются

текст ответа:

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

7. При множественных абсцессах у детей назначаются текст ответа:

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

Эталонь: 1.3.; 2.3.; 3.3.; 4.3.; 5.1.; 6.1.; 7.2.

Ситуационные задачи:

1. На прием обратился пациент с жалобами на зуд, высыпания на коже, которые возникли после работы в совхозе и проживании там в общежитии.

При осмотре: на животе, в межпальцевых складках кистей, в области сгибательной поверхности лучезапястного сустава, в области живота, в области ягодиц имеются узелково-пузырьковые высыпания, расчесы, корочки, парные элементы. Ваш предположительный диагноз? Ваша дальнейшая тактика?

2. Ребенку 7 лет. На коже лица появились единичные вялые пустулы. Болен около недели. После купания состояние ухудшилось, температура 38°.

Объективно: на коже лица и верхних конечностях множественные дряблые пустулы, окруженные гиперемизованным ободком, эрозии, корки гнойного характера. Ваш предположительный диагноз? Ваша тактика? Можно ли купать ребенка? Можно ли допускать такого ребенка в детский сад? Решить вопрос госпитализации.

Эталонь решения задач:

1. Чесотка. На основании типичной клинической картины. Наружная терапия с включением Эсдепаллетин (*SPREGAL*) 1/2 фл. (1 фл. 160 гр.). Однократная обработка всего кожного покрова 12 часов, перерыв 3 дня и повторная обработка.

2. Ветряная оспа. На основании типичной клинической картины. Лабораторное исследование содержимого пустул. Купать ребенка нельзя. Допускать такого ребенка в детский сад нельзя. Ребенка следует госпитализировать.

8. Список рекомендуемой литературы:

Основная:

- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Триада-Х. – 2000 – 657 с.

- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.

Дополнительная:

- Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

Тема занятия № 6: «Вирусные заболевания кожи. Герпесы. Бородавки. Остроконечные кондиломы. Контагиозный моллюск. Герпетиформный дерматит Дюринга. Пузырчатка.»

1. Мотивация темы: Вирусные дерматозы – заболевания вирусной этиологии проявляющиеся пузырьковыми высыпаниями, болезненными клиническими проявлениями, имеющими рецидивирующий характер, которые являются частой причиной временной нетрудоспособности у взрослых. Проявление на коже этих заболеваний имеет схожесть с множеством других патологических состояний и практикующий врач любой специальности должен уверенно диагностировать вирусные заболевания кожи: герпесы, бородавки, остроконечные кондиломы, контагиозный моллюск, герпетиформный дерматит Дюринга,

пузырчатка от других болезней, а также уметь самостоятельно подбирать рациональную терапию, провести противоэпидемические и оздоровительные мероприятия в случае заразных дерматозов.

2. Цель: Изучить этиологию, патогенез, особенности клинического течения, дифференциальную диагностику, принципы лечения и профилактики больного с вирусными и пузырьными заболеваниями кожи. Изучить методику ведения амбулаторных больных, правила заполнения амбулаторной карты пациентов в поликлинике, уметь применять практические навыки, полученные на клинических занятиях.

3. Задачи занятия:

Студент должен знать:

- Определение, этиологию и патогенез вирусных и пузырьных дерматозов.
- Клинические проявления вирусных и пузырьных дерматозов.
- Методы диагностики вирусных и пузырьных дерматозов.
- Дифференциальную диагностику вирусных и пузырьных дерматозов.
- Методы терапии вирусных и пузырьных дерматозов.
- Методы профилактики вирусных и пузырьных дерматозов.

Студент должен уметь:

- Правильно собрать анамнез и поставить диагноз заболевания у больных с вирусных и пузырьных дерматозов.
- Провести методы диагностики у больных с вирусными и пузырьными дерматозами.
- Провести окончательный дифференциальный диагноз у больных с вирусных и пузырьных дерматозов.
- Составить план лечения больного с вирусными и пузырьными дерматозами.
- Выписать рецепты основных наружных лекарственных форм

Средства необходимые для проведения занятия:

- Таблицы и наглядные пособия:
- Муляжи по теме: «Вирусные заболевания кожи. Герпесы. Бородавки. Остроконечные кондиломы. Контагиозный моллюск. Герпетиформный дерматит Дюринга. Пузырчатка.»
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986, 2000.
- Слайды по теме: «Вирусные заболевания кожи. Герпесы. Бородавки. Остроконечные кондиломы. Контагиозный моллюск. Герпетиформный дерматит Дюринга. Пузырчатка.»
- Клинические задачи по теме: «Вирусные заболевания кожи. Герпесы. Бородавки. Остроконечные кондиломы. Контагиозный моллюск. Герпетиформный дерматит Дюринга. Пузырчатка.»
- Больные с вирусными и пузырьными дерматозами
- Набор инструментов для проведения занятия

Базисные знания:

- Раздел по гистоморфологии вирусных и пузырьных дерматозов
Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Раздел по диагностике морфологических элементов вирусных и пузырьных дерматозов
Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Раздел по классификации вирусных и пузырьных дерматозов
Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.
- Раздел по принципам терапии вирусных и пузырьных дерматозов

Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

4. Задания для самоподготовки:

Заполнить таблицу по основным положениям темы, пользуясь учебным пособием под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. – 2004 с. или под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – с. 197-208.

Основные положения темы	Их характеристика
Патогенез развития вирусных и пузырьных дерматозов.	Заполняется студентом
Основные жалобы пациентов при вирусных заболеваниях кожи, герпесе, бородавках, остроконечных кондиломах, контагиозном моллюске, герпетическом дерматите Дюринга, пузырчатке	
Классификация вирусных и пузырьных дерматозов.	
Методы диагностики вирусных и пузырьных дерматозов.	
Медикаментозные методы лечения вирусных и пузырьных дерматозов.	
Прогноз больных с вирусными и пузырьными дерматозами.	

Контрольные вопросы:

1. Почему простой пузырьковый лишай следует дифференцировать с твердым шанкром.
2. Почему факторами риска при герпесе являются переохлаждение и ОРВИ.
3. Почему простой пузырьковый лишай рецидивирует, а опоясывающий нет.
4. Методы лечения контагиозного моллюска. Методы лечения бородавок.
5. Остроконечные кондиломы. Контагиозный моллюск. Простой пузырьковый лишай.
6. Опоясывающий лишай. Вариолиформная экзема Капоши. Узелки доярок.
7. Лечение вирусных заболеваний кожи. Профилактика вирусных заболеваний кожи.
8. Определение. Этиопатогенез. Диагностика. Принципы терапии герпетического дерматита Дюринга.
9. Определение. Этиопатогенез. Диагностика. Принципы терапии пузырчатки.

5. Содержание практического занятия:

8.00 – 8.05 Проверка присутствующих.

8.05 – 8.30 Контроль исходного уровня знаний студентов.

8.30 – 8.50 Амбулаторный прием больных в поликлинике. Разбор больных с преподавателем.

8.50 – 9.00 Перерыв.

9.00 – 9.50 Амбулаторный прием больных в поликлинике. Разбор больных с преподавателем.

9.50 – 10.05 Перерыв.

10.05 – 10.55 Амбулаторный прием больных в поликлинике. Разбор больных с преподавателем. Решение ситуационных клинических задач. Демонстрация слайдов, рисунков таблиц, фотографий, мультимедийное сопровождение.

10.55 – 11.05 Перерыв.

11.05 – 11.15 Контроль конечного уровня знаний, ответы на вопросы.

11.15– 11.20 Инструкция о содержании и методике подготовки следующего занятия.

6. Блок информации по теме занятия:

КЛАССИФИКАЦИЯ ВИРУСНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

ГРУППЫ КОЖНЫХ ПОРАЖЕНИЙ	НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ
Герпесы	Простой Опоясывающий
Бородавки	Простые Плоские Подошвенные Нитевидные Остроконечные кондиломы Контагиозный моллюск
Паравакциния	Узелки доильщиц

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПУЗЫРЧАТКИ И ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА

ХАРАКТЕРИСТИКА, СИМПТОМЫ	ПУЗЫРЧАТКА	ДЕРМАТОЗ ДЮРИНГА
Поражение слизистых оболочек	Постоянно и рано	Редко
Другие высыпания	Отсутствуют, мономорфизм элементов	Чаще полиморфизм сыпей
Течение	Прогрессирующее	Толчками
Задержка хлоридов	Обязательно	Редко
Гистология пузырей	Расположение пузырей в эпидермисе, акантолиз	Расположение пузырей субэпидермальное, акантолиз отсутствует
Цитология клетки	Акантолитические клетки Тцанка	Акантолитические клетки редко. Эозинфилия
Симптом никольского	Положительный	Отрицательный
Проба с йодистым калием	Отрицательная	Положительная
Лечение сульфонами	Безуспешное	Успешное
Прогноз	Малоблагоприятный	Относительно благоприятный

СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО П.В. И АСБО-ГАНЗЕНА

Применение: для диагностики акантолитической пузырьчатки и дифференциальной диагностики буллёзных дерматозов.

1. При потягивании пинцетом за обрывок крышки пузыря происходит отслойка верхних слоёв эпидермиса в виде постепенно суживающейся ленты на видимо здоровой коже.

2. Трение пальцем (скользящее давление) по видимо здоровой коже, как между пузырями, так и в отдалении также довольно легко вызывает отторжение (сдвигание) верхних слоёв эпидермиса.

Примечание. Этот симптом встречается и при других заболеваниях кожи, при которых имеется акантолиз (хронической доброкачественной семейной пузырьчатке и т.д.), но вызывается он только в очаге поражения (краевой симптом Никольского по Н.Д. Шеклакову, 1967).

Вариантом этого симптома является описанный при истинной пузырчатке G. Asbo-Hansen феномен увеличения площади пузыря при надавливании на его центральную часть.

ИССЛЕДОВАНИЕ НА КЛЕТКИ ТЦАНКА

Применение: для диагностики вульгарной пузырчатки и дифференциальной диагностики буллёзных дерматозов.

При мономорфных высыпаниях пузырей на коже и эрозий на слизистой оболочке полости рта неустановленного происхождения применяется метод мазков-отпечатков для возможного выявления акантолитических клеток (Павлова-Тцанка), встречающихся при вульгарной пузырчатке. Цитологической особенностью истинной пузырчатки следует считать акантолитические клетки (клетки Тцанка), используемые в качестве диагностического теста. Акантолитические клетки характерны для пузырчатки, но могут определяться и при других заболеваниях (при герпесе, ветряной оспе, буллезной разновидности болезни Дарье, хронической доброкачественной семейной пузырчатке и др.).

Техника выявления: кусочек стерильной ученической резинки (но можно также плотно приложить к поверхности эрозии обезжиренное предметное стекло) плотно прижимают к дну свежей эрозии и переносят на предметное стекло. Обычно делают несколько отпечатков на 3-5 стеклах. Затем их высушивают на воздухе, фиксируют и окрашивают по Романовскому-Гимзе (как обычные мазки крови). Акантолитические клетки имеют размеры меньше обычных клеток, имеют очень крупное ядро интенсивно-фиолетового или фиолетово-синего цвета, занимающего почти всю клетку. В нем заметно два или больше светлых ядрышка. Цитоплазма клеток резко базофильна, вокруг ядра она светло-голубая, а по периферии синяя или темно-фиолетовая («ободок концентрации»). Нередко в клетке имеется несколько ядер. Резко выражен полиморфизм клеток и ядер. Акантолитические клетки могут быть единичными или множественными. Иногда встречаются так называемые «чудовищные клетки», отличающиеся гигантскими размерами, обилием ядер, и причудливыми формами. В начале заболевания акантолитические клетки обнаруживаются не в каждом препарате или вовсе не выявляются, в разгаре болезни их много и появляются «чудовищные» клетки.

ПРОБА ЯДАССОНА

Применение: для диагностики герпетиформного дерматита Дюринга и дифференциальной диагностики буллёзных дерматозов.

Проба с йодистым калием (проба Ядассона) в двух модификациях: на коже и внутрь. На 1 см² видимо здоровой кожи, лучше предплечья, под компресс накладывают на 24 часа мазь с 50% йодида калия. Проба считается положительной, если на месте наложения возникает эритема, везикулы или папулы. При отрицательной пробе через 48 часов ее повторяют: теперь мазь наносится на пигментированный участок кожи на месте бывших высыпаний.

При отрицательном результате назначают внутрь 2-3 ст. ложки 3-5% раствора калия йодида. Проба считается положительной при появлении признаков обострения заболевания.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИРУСА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА (ВПГ)

Заболевание	Генитальные язвы	Примечание
Сифилис	В первичном периоде может сопровождаться образованием множественных первичных аффектов - твердых шанкров, во вторичном периоде — эрозивных папул	Положительные серологические исследования на сифилис, обнаружение <i>T. pallidum</i> при микроскопии в темном поле

Мягкий шанкр	В начальной стадии образуются эрозии и язвы, сопровождающиеся болезненностью	Образуются округлые, а не полициклические эрозивно-язвенные элементы, отсутствует их сгруппированность. Реакция паховых лимфатических узлов ярко выражена. При микроскопии отделяемого язв обнаруживается возбудитель мягкого шанкра — <i>Haemophilus ducreyi</i>
Паховая гранулема	Начинается с образования узелка, пустулы, которые быстро изъязвляются, формируя первичный аффект — язву. По периферии часто возникают дочерние язвы-сателлиты	Характерен выраженный распад тканей, края язв отечны, гиперемизированы, несколько приподняты. При микробиологическом исследовании обнаруживают возбудитель — тельца Donovan (Calyim-matobacteriwn granulomatis)
Чесотка	Может протекать с эрозивными поражениями половых органов, возникающими вследствие расчесов и мацерации кожи серозным отделяемым	Наличие зудящих высыпаний в межпальцевых промежутках, на запястье, в локтевых ямках и в других типичных для чесотки местах. Обнаружение чесоточного зудня при микроскопии
Фиксированная эритема	Возникает в ответ на прием различных медикаментов - сульфаниламидных препаратов, снотворных средств и др. Может сопровождаться образованием эрозивных элементов как на половых органах, так и в ротовой полости и на других участках кожи	Характерен симптом «бычьего глаза»: эрозия образуется в центральной части пятна, интенсивность окраски которого убывает от центра к периферии. Тщательно собранный анамнез помогает установить правильный диагноз
Эритроплазия Кейра	Характеризуется образованием розовато-красной бархатистой бляшки, которая иногда изъязвляется с появлением серозного отделяемого	Возникает после 50 лет. Установить диагноз помогают клиническая картина и гистологическое исследование
Болезнь Бехчета	Сопровождается появлением афтозных болезненных высыпаний на половых органах	Высыпания имеются также в ротовой полости - афтозный стоматит. Характерны поражения глаз. Диагноз устанавливают на основании клинических признаков
Болезнь Крона	Терминальный илеит может протекать с образованием язв, расположенных как на половых органах, так и в перианальной области	Характерны абдоминальные боли, рубцы вследствие ранее перенесенной аппендэктомии, астеническое телосложение больных
Контактный дерматит, травма	Появляются вследствие аппликации на половые органы различных антисептиков, мазей и других средств. Встречаются аллергические реакции на латекс и смазку презервативов. Могут сопровождаться появлением эрозий на половом члене	Установить диагноз помогает тщательно собранный анамнез

Пузырные дерматозы	Могут манифестировать образованием пузырных, а затем эрозивно-язвенных элементов, в том числе и на половых органах	Имеются высыпания также и на других участках кожи, в ротовой полости. При дифференциальной диагностике используют цитологическое исследование, прямую иммунофлюоресценцию.
Стрептококковое импетиго, шанкриформная пиодермия	Гнойничковые заболевания, которые могут протекать с образованием эрозивно-язвенных элементов	В отличие от герпетических поражений в отделяемом эрозий и язв обнаруживают стрептококки и стафилококки
Баланопостит	Может сопровождаться образованием болезненных эрозий на головке и внутреннем листке крайней плоти	Часто возникает при сопутствующем течении уретрита вследствие мацераций уретральным отделяемым. Нередко выявляют снижение толерантности глюкозы. Диагноз устанавливают путем исключения других заболеваний
Плазмноклеточный баланит Зуна	Протекает с образованием эритематозных эрозивных безболезненных, четко очерченных бляшек с блестящей поверхностью на коже головки полового члена	Гистологическое исследование участка пораженной кожи выявляет плазмоцитарный инфильтрат

7. Задания для итогового контроля занятия:

Контроль итогового уровня знаний:

1. Укажите морфологический элемент, характерный для простого герпеса:

- A. Волдырь
- B. Пузырек
- C. Фликтена
- D. Бугорок
- E. Папула

2. Укажите препарат, обычно применяющийся при лечении простого герпеса:

- A. Преднизолоновая мазь
- B. Эритромициновая мазь
- C. Синтомициновая эмульсия
- D. Салициловая мазь
- E. Мазь Ацикловир

3. На прием обратился больной с жалобами на появление высыпаний, сопровождающихся зудом. При осмотре: в области угла рта справа на эритематозном отечном фоне сгруппированные мелкие пузырьки, наполненные прозрачным серозным содержимым, и мелкие эрозии. Для какого заболевания характерна указанная выше клиническая картина:

- A. Первичный сифилис
- B. Стрептококковое импетиго
- C. Вульгарная пузырчатка
- D. Простой герпес
- E. Опоясывающий герпес

4. Сочетание каких из перечисленных элементов сыпи характерно для простого герпеса:

- A. Гнойнички, язвы, гнойные корки
- B. Узелки, чешуйки, гиперпигментация
- C. Папулы, волдыри, эксфолиации
- D. Бугорки, язвы, геморрагические корки

- Е. Пузырьки, эрозии, серозные корки
5. Укажите субъективное ощущение, наиболее характерное для опоясывающего герпеса:
- А. Зуд
 - В. Жжение
 - С. Боль
 - Д. Чувство стягивания кожи
 - Е. Чувство покалывания в коже
6. Укажите заболевание с которым необходимо дифференцировать простой герпес:
- А. Опоясывающий герпес
 - В. Первичный сифилис
 - С. Стрептококковое импетиго
 - Д. Мягкий шанкр
 - Е. Все перечисленное верно
7. К Вам обратился больной с жалобами на болезненные эрозии на половом члене. Из анамнеза выявлено частое появление подобных высыпаний в течение года. При осмотре: на головке полового члена сгруппированные пузырьки и эрозии полициклических очертаний, с четкими границами, мягкие при пальпации. Для какого заболевания характерна описанная клиническая картина:
- А. Вульгарная пузырчатка
 - В. Шанкриформная пиодермия
 - С. Первичный сифилис
 - Д. Чесотка
 - Е. Рецидивирующий герпес

Эталоны ответов: 1.В; 2.Е; 3.Д;4.Е; 5.С; 6.Е; 7.Е

8. Список рекомендуемой литературы:

Основная:

- Кожные и венерические болезни. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Триада - X – 2000 - 657с.
- Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л. Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.

Дополнительная:

- Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В. Владимирова.- М..1986.

Тема занятия № 7: «Грибковые заболевания кожи. Микроспория. Трихофития. Фавус».

1. Мотивация темы: В практике врача любой специальности встречаются пациенты с проявлениями на коже, которые необходимо дифференцировать с заразными болезнями, прежде всего грибковой природы. Необходимо ориентироваться во всех, наиболее часто встречающихся, клинических разновидностях микозов.
2. Цель: Изучить особенности клинического течения, этиологии и патогенеза, дифференциальной диагностики и терапии микроспории, трихофитии, фавуса.

3. Задачи занятия:

Студент должен знать:

- Определение микроспории, трихофитии, фавуса
- Этиологию и патогенез микроспории, трихофитии, фавуса
- Дифференциальную диагностику микроспории, трихофитии, фавуса
- Методы диагностики микроспории, трихофитии, фавуса
- Методы терапии микроспории, трихофитии, фавуса
- Эпидемиологические мероприятия в очаге.
- Методы профилактики микроспории, трихофитии, фавуса

Студент должен уметь:

- Правильно собрать анамнез и поставить диагноз заболевания (стадия, характер течения, тяжесть и др.)
- Провести методы диагностики микроспории, трихофитии, фавуса
- Провести окончательный дифференциальный диагноз
- Составить тактическую схему ведения больного
- Выписывать рецепты для лечения на основные лекарственные средства по данным заболеваниям
- Провести противоэпидемические и оздоровительные мероприятия

Средства необходимые для проведения занятия:

- Таблицы и наглядные пособия:
- Муляжи по теме:
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986, 2000.
- Слайды по теме: «Микроспория. Трихофития. Фавус»
- Клинические задачи по теме: «Микроспория. Трихофития. Фавус»
- Больные микроспорией трихофитией фавусом
- Набор инструментов для проведения занятия

Базисные знания:

- Раздел по гистоморфологии микроспории, трихофитии, фавуса
Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Раздел по диагностике морфологических элементов микроспории, трихофитии, фавуса
Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Раздел по классификации микроспории, трихофитии, фавуса
Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.
- Раздел по принципам терапии микроспории, трихофитии, фавуса
Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

4. Задания для самоподготовки:

Заполнить таблицу по основным положениям темы, пользуясь учебным пособием под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. – 2004 с. или под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – с. 197-208.

Основные положения темы	Их характеристика
-------------------------	-------------------

Патогенез развития микроспории, трихофитии, фавуса	Заполняется студентом
Основные жалобы пациентов при микроспории, трихофитии, фавусе	
Классификация микроспории, трихофитии, фавуса	
Методы диагностики микроспории, трихофитии, фавуса	
Медикаментозные методы лечения микроспории, трихофитии, фавуса	
Прогноз больных с микроспорией, трихофитией, фавусом	

Контрольные вопросы:

1. Классификация грибковых заболеваний.
2. Классификация трихофитии.
3. Хроническая трихофития взрослых. Этиология. Патогенез. Клиническая картина.
4. Этиология и эпидемиология инфильтративно-нагноительной формы трихофитии.
5. Клинические признаки инфильтративно-нагноительной формы трихофитии волосистой части головы. Клинические признаки поверхностной формы трихофитии гладкой кожи. Клинические признаки хронической трихофитии гладкой кожи и волосистой части головы.
6. Методы диагностики трихомикозов.
7. Эпидемиология трихомикозов (микроспории, трихофитии, фавуса).
8. Профилактика трихомикозов.
9. Этиология, эпидемиология и клинические разновидности микроспории. Этиология и клинические признаки микроспории волосистой части головы. Клинические разновидности микроспории гладкой кожи и волосистой части головы.
10. Клинические разновидности фавуса волосистой части головы. Клинические признаки сквамозной и импетигиозной, скутулярной форм фавуса.
11. Лечение (общее и наружное) поверхностных форм микроспории и трихофитии волосистой части головы.
12. Механизм действия гризеофульвина на грибы при внутреннем применении препарата.
13. Перечислите мероприятия, которые необходимо провести при наличии больных трихомикозами среди школьников и неорганизованного контингента детей.
14. Карантинные мероприятия в детском учреждении при трихомикозах. Виды дезинфекции в эпидемиологическом очаге.

5. Содержание практического занятия:

- 8.00 – 8.05 Проверка присутствующих.
- 8.05 – 8.30 Контроль исходного уровня знаний студентов. Тестовый контроль.
- 8.30 – 8.50 Самостоятельная курация больных под контролем преподавателя.
- 8.50 – 9.00 Перерыв.
- 9.00 – 9.50 Клинический разбор больных с преподавателем.
- 9.50 – 10.05 Перерыв.

10.05 – 10.55 Клинический разбор больных с преподавателем. Решение ситуационных клинических задач. Демонстрация слайдов, рисунков, таблиц, фотографий, мультимедийное сопровождение. Показ слайд-фильма: «Грибковые заболевания кожи».

10.55 – 11.05 Перерыв.

11.05 – 11.15 Контроль конечного уровня знаний. Ответы на вопросы.

11.15– 11.20 Инструкция о содержании и методике подготовки следующего занятия.

6. Блок информации по теме занятия:

КЛАССИФИКАЦИЯ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

КЕРАТОМИКОЗЫ:

- разноцветный лишай;
- эритразма.

ДЕРМАТОМИКОЗЫ:

- эпидермофития;
- руброфития;
- трихофития;
- микроспория;
- фавус.

КАНДИДОЗЫ

Глубокие микозы:

- актиномикоз;
- бластомикоз глубокий;
- хромомикоз;
- споротрихоз.

КЛАССИФИКАЦИЯ МИКРОСПОРИИ

1. Микроспория (*microsporum lanosum*, *microsporum canis*)
 - а. волосистой части головы;
 - б. гладкой кожи.
2. Глубокая микроспория.

КЛАССИФИКАЦИЯ ФАВУСА (*achorion Schonleini*)

1. Волосистой части головы:
 - а. скутулярный;
 - б. импетигиозный;
 - в. сквамозный.
2. Гладкой кожи;
3. Ногтей.

КЛАССИФИКАЦИЯ ТРИХОФИТИИ

- I. Поверхностная (*tr. endothrix*: *tr. violaceum*, *tr. crateriforme*)
 1. Детского возраста:
 - а) Волосистой части головы;
 - б) Гладкой кожи;
 - в) Ногтей.

2. Хроническая трихофития:

- а) Волосистой части головы (черноточечная, эритемато-сквамозная, атрофирующая).
- б) Гладкой кожи;
- в) Ногтей.

II. Глубокая (tr. ectothrix: tr. faviforme, tr. gypseum)

- а) Волосистой части головы;
- б) Бороды и усов;
- в) Гладкой кожи.

III. Трихофитиды.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МИКРОСПОРИИ

Микроспория	Заболевания головы и кожи грибковой и негрибковой этиологии
<p><u>На голове:</u> 1-2 крупных очага и несколько мелких, отчетливыми границами, высоко обломанными волосами (4-5 мм), наслоением 1овато-белых чешуек. В крупных очагах Гот развиваться острые воспалительные явления: инфильтрация, гиперемия, от-деление гноя, наслоение корок желтого цвета увеличение затылочных, шейных и заушных лимфатических узлов, вторичные аллергические высыпания на коже туловища и конечностей очаги мелкие, множественные, неправильных очертаний, с гиперемией, мелкопластинчатым шелушением, склонные к слиянию, располагаются в краевых зонах с захватом прилежащих участков гладкой кожи, границы нечеткие</p> <p><u>На коже:</u> очаги мелкие (1-2 см) на открытых и за-крытых участках, множественные, округ-лых или овальных очертаний, с четкими границами, возвышающимся валиком по периферии, покрытые пузырьками и тонкими корочками, с гиперемией</p>	<p>Поверхностная трихофития <u>На голове:</u> очаги мелкие или крупные, с нечеткими границами, с коротко обломанными волосами (2-3 мм), без воспалительных явлений, с незначительным мелкопла-стинчатым шелушением</p> <p><u>На коже:</u> очаги располагаются на любом участке кожи, но чаще на открытых - лице, шее, груди, предплечьях. Они с четкими грани-цами, округлых или овальных очертаний, с возвышающимся валиком по краю, на котором видны пузырьки, подсыхающие в корочки, центр очага розового цвета, очаги по размеру более 2 см, могут сливаться. Очаги по размеру более крупные, чем при микроспории, могут сливаться</p> <p>Розовый лишай Жибера Очаги локализируются на коже туловища, реже конечностей. Высыпания в виде пятен розового цвета, округлой или овальной формы, склонны к периферическому росту. Через несколько дней в центре окраска становится бурого цвета, появляется отрубевидное шелушение</p> <p>Себореиды Очаги располагаются на себорейных мес-тах: в области грудины, между лопатками, в нососщечных складках, на голове. Это бляшки с четкими границами, желтовато-розового цвета, покрыты жирными чешуйками</p>

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТРИХОФИТИИ

Трихофития	Заболевание головы и кожи грибковой и негрибковой этиологии
<p>Поверхностная трихофития <u>На голове:</u> очаги мелкие или крупные, с нечеткими</p>	<p>Микроспория <u>На голове:</u> 1—2 крупных очага и несколько мелких, с</p>

границами, с коротко обломанными волосами (2—3 мм), без воспалительных явлений, с незначительным мелкопластинчатым шелушением

На коже:

очаги располагаются на любом участке кожи, но чаще на открытых — лице, шее, груди, предплечьях, с четкими границами, округлой или овальной формы, с возвышающимся валиком по краю, на котором видны пузырьки, подсыхающие в корочки, центр очага розового цвета, очаги размером более 2 см, могут сливаться

Хроническая трихофития

На гладкой коже:

Очаги красновато-синюшного цвета, без четких границ, с шелушением и узелками на поверхности, в области ягодиц, бедер, коленных суставов, предплечий

Инфильтративно-нагноительная трихофития

На голове или коже опухолевидные образования, покрытые гнойными корками, с гиперемией, при надавливании из волосяных фолликулов выделяется гной, могут быть аллергические высыпания на коже, нарушается общее состояние, в процесс вовлекаются лимфатические узлы, после разрешения очагов остается рубцовая атрофия кожи

четкими границами, высокообломанными волосами (4—5 мм), наслоением серовато-белых чешуек

На коже:

очаги мелкие (1—2 см), множественные, на открытых и закрытых участках, округлой и овальной формы, с четкими границами, возвышающимся валиком по периферии, покрытые пузырьками и тонкими корочками

Сквамозная форма фавуса

На голове (коже):

очаги с наслоением беловато-серых чешуек, иногда с желтоватым оттенком, волосы не обломаны

Себорейная экзема (себореиды)

Очаги располагаются на себорейных местах: в области грудины, между лопатками, в нососщечных складках, на голове. Это бляшки с четкими границами, желтовато-розового цвета, покрыты жирными чешуйками

Розовый лишай Жибера

Очаги локализируются на коже туловища, реже конечностей. Высыпания в виде пятен розового цвета, округлой или овальной формы, склонны к периферическому росту. Через несколько дней в центре окраска становится бурого цвета, появляется отрубевидное шелушение

Рубромикоз

На гладкой коже:

очаги с четкими границами, прерывистым валиком по периферии, гиперемией, небольшой инфильтрацией

Стафилококковый сикоз

Очаги чаще в области верхней губы подбородка, в виде инфильтрата, состоящего из остеофолликулярных пустул покрытых гнойными корками

Фолликулит

Узелок размером от горошины до вишни пронизанный волосом, иногда с пустулой на поверхности, болезненный, может нагнаиваться и вскрываться, после рассасывания остается точечный рубчик

Хроническая абсцедирующая пиодермия

Узлы расположены в глубоких слоях кожи, багрово-фиолетового цвета, которые медленно размягчаются, вскрываются с

	<p>образованием одного или нескольких отверстий, из которых выделяется гной; после разрешения остается рубец с перемычками и мостиками</p> <p>Хронический генерализованный (грануле-матозный) кандидоз</p> <p>На голове или коже бляшки размером 1 см и более, покрытые плотными корками или папилломатозными разрастаниями, с инфильтрированным непрерывным валиком по периферии</p>
--	--

7. Задания для итогового контроля занятия:

Контроль итогового уровня знаний:

1. Источником заражения микроспорией чаще всего бывают:

- а) лошади, коровы
- б) кошки, собаки
- в) мыши крысы

2. К клиническим признакам микроспории гладкой кожи относятся:

- а) эритематозно-сквамозные высыпания
- б) округлая или овальная форма очагов
- в) приподнятые, отечные края очагов
- г) все перечисленное

3. Поверхностная форма трихофитии вызывается:

- а) *Trichophyton violaceum*; *Trichophyton tonsurans* (crateriforme)
- б) *Trichophyton mentagrophytes* (var. *gypseum*); *Trichophyton verrucosum* (var. *faviforme*)
- в) *Trichophyton mentagrophytes* (var. *interdigitale*); *Trichophyton purpureum* (rubrum)

4. Для типичной клинической картины фавуса в/ч головы характерно:

- а) обламывание волос
- б) образование скутул
- в) симптом “медовых сот”

5. Возбудителем фавуса является:

- а) *Microsporum Audonii*
- б) *Trichophyton tonsurans* (crateriforme)
- в) *Trichophyton Schonleinii*

Эталоны: 1.б.; 2.г.; 3.а.; 4.б.; 5.в.

Ситуационные задачи:

1. У ребенка, посещающего детсад, диагностирована поверхностная трихофития в волосистой части головы. Все другие дети детсада здоровы.

Кто источник заражения?

Кого необходимо обследовать?

2. У ребенка на волосистой части головы много мелких очагов с обломками волос и шелушением. Под люминесцентной лампой свечения обломков волос не наблюдается.

О каком заболевании можно думать?

Как подтверждается диагноз заболевания?

3. У ребенка 6 лет на коже шеи кольцевидные очаги поражения диаметром от 1- до 3-копеечной монеты, смазанные бриллиантовой зеленью. Мальчик имел контакт с больным микроспорией. При микроскопическом исследовании чешуек грибки не обнаружены.

Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза заболевания?

Эталоны решения задач:

1. Источником заражения явился больной трихофитией. Обследовать всех детей, весь персонал детского сада, всех членов семьи больного ребенка.

2. Трихофития. Диагноз подтверждается лабораторным путем.

3. Осмотр под люминесцентной лампой, культуральный метод исследования

8. Список рекомендуемой литературы:

Основная:

- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Триада-Х – 2000 – 657 с.

- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.

Дополнительная:

- Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.

- Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.

- Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

Тема занятия № 8: «Туберкулез кожи. Лепра. Лейшманиоз»

1. Мотивация темы: Туберкулез кожи, лепра и лейшманиоз – социально значимые хронические инфекционные заболевания кожи. Клинические проявления могут заразными для окружающих. Проявление на коже этих заболеваний имеет схожесть с множеством других патологических состояний и практикующий врач любой специальности должен уверенно диагностировать туберкулез кожи, лепру и лейшманиоз от других болезней, а также уметь самостоятельно

подбирать рациональную терапию, провести противоэпидемические и оздоровительные мероприятия.

2. Цель: Изучить этиологию, патогенез, особенности клинического течения, дифференциальную диагностику, принципы лечения и профилактики больного с туберкулезом кожи, лепрой и лейшманиозом. Изучить методике ведения амбулаторных больных, правилам заполнения амбулаторной карты пациентов в поликлинике, уметь применять практические навыки, полученные на клинических занятиях.

3. Задачи занятия:

Студент должен знать:

- Определение туберкулеза кожи, лепры и лейшманиоза.
- Этиологию, патогенез, классификацию туберкулеза, лепры кожи и лейшманиоза.
- Клинические проявления туберкулеза кожи, лепры и лейшманиоза.
- Основы диагностики туберкулеза кожи, лепры и лейшманиоза.
- Принципы лечения и профилактики туберкулеза кожи, лепры и лейшманиоза.

Студент должен уметь:

- Собрать анамнез у больного с туберкулезом кожи, лепры и лейшманиозом.
- Поставить диагноз заболевания у больного с туберкулезом кожи, лепры и лейшманиозом.
- Провести окончательный дифференциальный диагноз у больного с туберкулезом кожи, лепры и лейшманиозом.
- Составить план лечения больного с туберкулезом кожи, лепры и лейшманиозом ..
- Выписать рецепты основных лекарственных форм

Средства необходимые для проведения занятия:

- Таблицы и наглядные пособия:
- Муляжи по теме:
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986, 2000.
- Слайды по теме: «Туберкулез кожи. Лепра. Лейшманиоз» - Клинические задачи по теме: «Туберкулез кожи. Лепра. Лейшманиоз» - Больные пиодермией, чесотки и педикулеза
- Набор инструментов для проведения занятия

Базисные знания:

- Раздел по гистоморфологии туберкулеза, лепры кожи и лейшманиоза
Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Раздел по диагностике морфологических элементов туберкулеза, лепры кожи и лейшманиоза
Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Раздел по классификации туберкулеза, лепры кожи и лейшманиоза
Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.
- Раздел по принципам терапии туберкулеза, лепры кожи и лейшманиоза
Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

4. Задания для самоподготовки:

Заполнить таблицу по основным положениям темы, пользуясь учебным пособием под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. – 2004 с. или под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – с. 197-208.

Основные положения темы	Их характеристика
-------------------------	-------------------

Патогенез развития туберкулеза, лепры кожи и лейшманиоза.	Заполняется студентом
Основные жалобы пациентов при туберкулезе, лепре кожи и лейшманиозе.	
Классификация туберкулеза, лепры кожи и лейшманиоза.	
Методы диагностики туберкулеза, лепры кожи и лейшманиоза.	
Медикаментозные методы лечения туберкулеза, лепры кожи и лейшманиоза.	
Прогноз больных с туберкулезом, лепрой кожи и лейшманиозом.	

Контрольные вопросы:

1. Этиология, патогенез и классификация туберкулеза кожи. Клинические формы туберкулеза кожи.
2. Диагностика туберкулеза кожи.
3. Лечение и профилактика туберкулеза кожи.
4. Этиология, патогенез и классификация лейшманиоза. Клинические формы лейшманиоза. Пути передачи инфекции.
5. Диагностика лейшманиоза.
6. Лечение и профилактика лейшманиоза.
7. Этиология, патогенез и классификация лепры. Клинические формы лепры.

5. Содержание практического занятия:

- 8.00 – 8.05 Проверка присутствующих.
- 8.05 – 8.30 Контроль исходного уровня знаний студентов.
- 8.30 – 8.50 Амбулаторный прием больных в поликлинике. Разбор больных с преподавателем.
- 8.50 – 9.00 Перерыв.
- 9.00 – 9.50 Амбулаторный прием больных в поликлинике. Разбор больных с преподавателем.
- 9.50 – 10.05 Перерыв.
- 10.05 – 10.55 Амбулаторный прием больных в поликлинике. Разбор больных с преподавателем. Решение ситуационных клинических задач. Демонстрация слайдов, рисунков таблиц, фотографий, мультимедийное сопровождение.
- 10.55 – 11.05 Перерыв.
- 11.05 – 11.15 Контроль конечного уровня знаний, ответы на вопросы.
- 11.15– 11.20 Инструкция о содержании и методике подготовки следующего занятия.

6. Блок информации по теме занятия:

КЛАССИФИКАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ

Локализованные формы	Дессиминированные формы
Вульгарная волчанка	Колликувативный туберкулез кожи (скрофулодерма)

Бородавчатый туберкулез кожи	Папулонекротический туберкулез
Язвенный туберкулез кожи и слизистых	Уплотненная эритема Базена (индуративный туберкулез кожи)
Туберкулезный шанкр	Лихеноидный туберкулез (лишай золотушных)
	Милярная диссеминированная волчанка
	Острый диссеминированный милярный туберкулез кожи

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ И БУГОРКОВОГО СИФИЛИСА

Диагностические признаки	Туберкулезная волчанка	Бугорковый сифилис
Начало заболевания	Чаще в детские годы	В любое время жизни
Течение (без лечения)	Многие годы	Месяцы
Цвет бугорка	Красный с желтоватым оттенком	Медно- или ветчинно-красный
Консистенция	Мягкая	Плотно-эластическая
Симптом зонда	Положительный	Отсутствует
Симптом «яблочного желе»	Положительный	Отсутствует
Характер рубца	Поверхностный, гладкий, тонкий, рисунок «кружева»	Мозаичный (за счет различной глубины, величины и возраста бугорков)
Появление на рубцах новых бугорков	Как правило	Не бывает
Гистопатология	Гранулема: в центре гигантские клетки, вокруг них – эпителиодные, в периферической лимфоидные, иногда – плазматические клетки	Эндо-мезо-периваскулиты, инфильтрат из плазматических клеток
Туберкулиновая проба	Положительная	Отрицательная
Серологические реакции на сифилис	Отрицательные	Положительные

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕКЗА КОЖИ

1. Воспроизведение симптома "яблочного желе" и симптома Пospelова. Применение: для диагностики люпоидного туберкулёза кожи.
2. Симптом "яблочного желе".

При надавливании предметным стеклом на поверхность туберкулёзного бугорка происходит изменение цвета бугорка. При этом под давлением предметного стекла расширенные сосуды бугорка спадаются, и отчетливо выступает обескровленная желтовато-бурая окраска инфильтрата наподобие цвета яблочного желе.

Симптом Пospelова или «зонда». Позволяет выявить патогномичный диагностический признак при туберкулёзной волчанке. При легком надавливании пуговчатым зондом на поверхность бугорка он легко погружается в глубину ткани (с-м Пospelова). Для сравнения, при надавливании на здоровую кожу рядом, возникающая ямка восстанавливается быстрее, чем на бугорке.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕПРИДОВ

ЛЕПРИДЫ	ЗАБОЛЕВАНИЯ, С КОТОРЫМИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
Пятнистые	Рожистое воспаление, сифилитическая розеола, красная волчанка, розовый лишай Жибера, токси-кодермия, сифилитическая лейкодерма, витилиго
Узелковые	Аннулярные папулезные сифилиды, красный плоский лишай, псориаз
Бугорковые и узловые	Бугорковые сифилиды, туберкулезная волчанка, кожный лейшманиоз, уплотненная эритема Базена, узловатая эритема
Лепрозные инфильтраты	Склеродермия и склеродактилия, сифилитические гуммозные инфильтраты, слоновость
Лепрозный пемфигус	Все разновидности пузырчатки, ожоговые пузыри, герпетиформный дерматоз Дюринга, пузырьная форма красного плоского лишая, пузырьная форма токсикодермии, истерический пемфигус, буллезный эпидермолиз

7. Задания для итогового контроля занятия:

Контроль итогового уровня знаний:

Инструкция: для каждого вопроса или незаконченного утверждения один или несколько ответов являются верными. Выберите:

А	В	С	Д	Е
если верно только 1,2,3	если верно только 1 и 3	если верно только 2 и 4	если верно только 4	если верно все

1. Для туберкулезной волчанки верны следующие положения:
 1. Феномен яблочного желе характерен для липомы
 2. Липомы — проявления туберкулезной волчанки
 3. Симптом зонда Поспелова положительный
 4. Атрофия не характерна для туберкулезной волчанки
2. Очаг бородавчатого туберкулеза кожи характеризуется следующими зонами:
 1. Зона бугорков с бородавчатыми разрастаниями
 2. Зона инфильтрата без бородавчатых наслоений
 3. Воспалительная кайма
 4. Ободок шелушения
3. Туберкулез кожи колликувативный характеризуется следующими признаками:
 1. Узлы в гиподерме плотно спаяны с надлежащими тканями
 2. Свищи с кровянистым отделяемым
 3. "Рваные" рубцы
 4. Атрофические гладкие участки
4. Боррелиоз 1-й стадии характеризуется:
 1. Эритемой узловатой
 2. Эритемой многоформной экссудативной

3. Эритемой центробежной Биетта
4. Эритемой хронической мигрирующей
5. Боррелиоз лечат:
 1. Кортикостероидами
 2. Витаминами
 3. Антигистаминными препаратами
 4. Антибиотиками

Эталоны ответов: 1.В; 2.А; 3.А; 4.Д; 5.Д

8. Список рекомендуемой литературы:

Основная:

- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Триада - X – 2000 - 657с.
- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.

Дополнительная:

- Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В. Владимирова.- М..1986.

Тема занятия № 9: «Красная волчанка и склеродермия»

1. Мотивация: Красная волчанка и склеродермия – одни из наиболее распространенных дерматозов мультифакториального генеза. Поражение внутренних органов и систем организма приводит не только к хронизации, но и нередко к инвалидизации. Проявление на коже этих заболеваний имеет схожесть с множеством других патологических состояний и практикующий врач любой специальности должен уверенно дифференцировать псориаз и красный плоский лишай от других заболеваний, а также уметь самостоятельно подбирать терапию, профилактику для сокращения рецидивов и продлении ремиссии этих заболеваний.

2. Цель: Изучить особенности клинического течения, этиологии и патогенеза, дифференциальной диагностики и терапии красной волчанки и склеродермии. Изучить методику ведения амбулаторных больных, правила заполнения амбулаторной карты с применением практических навыков, полученных на клинических занятиях.

3. Задачи занятия:

Студент должен знать:

- Определение красной волчанки и склеродермии
- Этиологию и патогенез красной волчанки и склеродермии
- Дифференциальную диагностику красной волчанки и склеродермии
- Методы диагностики красной волчанки и склеродермии
- Методы терапии красной волчанки и склеродермии
- Методы профилактики красной волчанки и склеродермии

Студент должен уметь:

- Правильно собрать анамнез и поставить диагноз заболевания (стадия, характер течения, тяжесть и др.)
- Заполнить амбулаторную карту дерматологического больного.
- Провести окончательный дифференциальный диагноз
- Составить тактическую схему ведения больного
- Выписать, оформить рецепты на основные лекарственные средства, применяемые в терапии этих заболеваний.

Средства необходимые для проведения занятия:

- Таблицы и наглядные пособия:
- Муляжи по теме:
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986, 2000.
- Слайды по теме: «Красная волчанка и склеродермия»
- Клинические задачи по теме: «Красная волчанка и склеродермия»
- Больные красной волчанкой и склеродермией
- Набор инструментов для проведения занятия

Базисные знания:

- Раздел по гистоморфологии красной волчанки и склеродермии
Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Раздел по диагностике морфологических элементов красной волчанки и склеродермии
Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Раздел по классификации красной волчанки и склеродермии
Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.
- Раздел по принципам терапии красной волчанки и склеродермии
Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

4. Задания для самоподготовки:

Заполнить таблицу по основным положениям темы, пользуясь учебным пособием под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. – 2004 с. или под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – с. 197-208.

Основные положения темы	Их характеристика
-------------------------	-------------------

Патогенез развития красной волчанки и склеродермии.	Заполняется студентом
Основные жалобы пациентов при красной волчанке и склеродермии.	
Классификация красной волчанки и склеродермии.	
Методы диагностики красной волчанки и склеродермии.	
Немедикаментозные методы лечения красной волчанки и склеродермии.	
Медикаментозные методы лечения красной волчанки и склеродермии.	
Прогноз больных с красной волчанкой и склеродермией.	

Контрольные вопросы:

1. Этиология, патогенез и классификация красной волчанки
2. Клинические формы красной волчанки.
3. Диагностика красной волчанки.
4. Лечение и профилактика красной волчанки.
5. Этиология, патогенез и классификация склеродермии.
6. Клинические формы склеродермии.
7. Диагностика склеродермии.
8. Лечение и профилактика склеродермии.

5. Содержание практического занятия:

- 8.00 – 8.05 Проверка присутствующих.
- 8.05 – 8.30 Контроль исходного уровня знаний студентов.
- 8.30 – 8.50 Амбулаторный прием больных в поликлинике. Разбор больных с преподавателем.
- 8.50 – 9.00 Перерыв.
- 9.00 – 9.50 Амбулаторный прием больных в поликлинике. Разбор больных с преподавателем.
- 9.50 – 10.05 Перерыв.
- 10.05 – 10.55 Амбулаторный прием больных в поликлинике. Разбор больных с преподавателем. Решение ситуационных клинических задач. Демонстрация слайдов, рисунков таблиц, фотографий, мультимедийное сопровождение.
- 10.55 – 11.05 Перерыв.
- 11.05 – 11.15 Контроль конечного уровня знаний, ответы на вопросы.
- 11.15– 11.20 Инструкция о содержании и методике подготовки следующего занятия.

6. Блок информации по теме занятия:

КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

Красная волчанка - заболевание из группы диффузных болезней соединительной ткани (коллагенозов). Различают две основные формы болезни: дискоидную (кожную) и системную. При дискоидной форме поражение ограничивается преимущественно или исключительно очагами на коже, в то время как при системной форме в патологический процесс вовлекаются многие органы и ткани в разнообразных сочетаниях, а на коже и слизистых оболочках имеются весьма полиморфные изменения. Кожная форма обычно проявляется в виде дискоидной красной волчанки, реже встречаются центробежная эритема Биетта и глубокая красная волчанка Капоши-Ирганга.

Этиология и патогенез

Этиологию дискоидной красной волчанки нельзя признать окончательно установленной. Наиболее вероятно вирусное происхождение заболевания: при электронной микроскопии в пораженной коже обнаруживают тубулоретикулярные вирусоподобные включения. В патогенезе определенную роль играют хроническая очаговая (чаще стрептококковая) инфекция, переохлаждение, инсоляция, лекарственная непереносимость, аутоаллергия. Предполагают вирусный генез болезни (в том числе участие ретровирусов) в сочетании с семейно-генетической предрасположенностью. Системная красная волчанка - аутоиммунная болезнь с развитием гипериммунного ответа в отношении компонентов собственных клеток (ядерных и цитоплазматических), особенно нативной ДНК. Циркулирующие в крови антиядерные антитела могут образовывать иммунные комплексы, осаждающиеся в сосудах разных органов и тканей и вызывающие локальную или системную воспалительную реакцию. Патогистологические изменения обычно выражаются системной дезорганизацией соединительной ткани и генерализованным поражением сосудов (люпус- васкулиты).

Пол. Болеют преимущественно женщины молодого и среднего возраста, мужчины в 10 раз реже.

Клиническая картина. Для кожного поражения характерны три кардинальных симптома: эритема, гиперкератоз и атрофия. Первая (эритематозная) стадия процесса характеризуется появлением небольшого розового, слегка отечного, четко отграниченного пятна, постепенно увеличивающегося в размерах. Во второй (гиперкератозно-инфильтративной) стадии на поверхности пятна появляются мелкие, плотные серовато-белые чешуйки, удаляемые с большим трудом и болью (симптом Бенье-Мещерского), сам очаг превращается в плотноватую дискоидную бляшку. При переходе в третью (атрофическую) стадию в центре очага формируется гладкая нежная алебастрово-белая рубцовая атрофия, постепенно распространяющаяся на всю площадь очага, в зоне которой могут быть телеангиэктазии и краевая пигментация. Типична локализация на открытых участках кожи: лицо (особенно на носу и щеках, где очаг может напоминать по форме бабочку), ушные раковины, шея, открытая часть груди. Нередко поражаются волосистая часть головы и красная кайма губ. Возможно поражение слизистой оболочки рта, где очаги имеют вид синюшно-красных или белесоватых, четко отграниченных плотноватых бляшек с запавшим, иногда эрозированным центром.

Центробежная эритема Биетта является поверхностным вариантом кожной формы красной волчанки. Из трех кардинальных симптомов, свойственных дискоидной форме, отчетливо выражена только гиперемия, в то время как плотные чешуйки и рубцовая атрофия почти или полностью отсутствуют. Очаги обычно располагаются в средней зоне лица и часто по очертаниям напоминают бабочку. Множественные, рассеянные по различным участкам кожи очаги дискоидного типа или центробежной эритемы Биетта часто обозначают как хроническую диссеминированную красную волчанку. При *глубокой красной волчанке Капоши-Ирганга* наряду с описанными ранее изменениями кожи в подкожной клетчатке имеется один или несколько резко отграниченных плотных, подвижных узловатых уплотнений - люпус-панникулит. При воздействии неблагоприятных факторов дискоидная красная волчанка иногда может переходить в системную.

СКВ Болезнь чаще начинается после родов, абортов, избыточной инсоляции с рецидивирующего артрита, лихорадки, недомогания, кожных высыпаний, быстрого похудения. В последующем развиваются прогрессирующие патологические изменения в различных органах: полиартрит с артралгиями, миозит с миалгиями, полисерозиты (сухой или выпотной плеврит, перикардит, перитонит), люпус-кардит, синдром Рейно, люпус-нефрит, пневмония, астеновегетативный синдром, полиневриты, цереброваскулиты с психическими нарушениями, лимфаденопатия, гемолитическая анемия, лейкопения, тромбоцитопения и др. Поражения кожи при системной форме более разнообразны и распространены, чем при дискоидной. Иногда (у 10-15% больных) они отсутствуют, однако это состояние носит временный, преходящий характер. При системной красной волчанке отмечаются следующие проявления кожного синдрома: диффузная алопеция, очаги дискоидного типа, эритема на лице по типу бабочки, диссеминированные отечные эритематозные пятна по типу экссудативной эритемы (синдром Роуэлла), «капилляриты» пальцев, общая сухость кожи (ксеродермия), папулонекротические высыпания, распространенное сетчатое и ветвистое

ливедо, пурпура, эрозии на слизистых оболочках, хейлиты, ознобыши пальцев, буллезные высыпания, телеангиэктазии, пигментации, усиленное ороговение кожи ладоней и подошв (кератодермии), различные изменения ногтей (ониходистрофии). Особое диагностическое значение имеют воспалительные изменения в средней зоне лица - так называемая волчаночная бабочка.

Диагностика системной красной волчанки основывается на клинической картине (особенно ценны эритема-бабочка, наличие очагов дискоидного типа, синдром Рейно, алопеция, изъязвления слизистой оболочки рта. фотосенсибилизация, артрит без деформации суставов, полисерозиты, психоз или судороги), а также на лабораторных данных (LE-клетки, высокие титры антинуклеарных антител и антител к нативной ДНК, панцитопения).

Лечение

Лечение кожной формы должно быть комплексным. Основным методом общей терапии является длительное применение хинолиновых производных (делагил по 1-2 таблетки в день или плаквенил по 2-3 таблетки в день в течение нескольких месяцев). Эффективность и переносимость хинолиновых препаратов повышается при одновременном назначении витаминов (В₆ и В₁₂ внутримышечно, пантотенат кальция внутрь). Местно применяют фторсодержащие кортикостероидные мази (флюцинар, лоринден А, фторокорт, синафлан, бетноват, целестодерм, элоком, дипросалик) - смазывают очаги 2-3 раза в день (на ночь лучше под окклюзионную повязку). При небольшой площади очагов применяют интрадермальные (по типу лимонной корочки) инъекции 10% раствора хингамина или 5% раствора делагила 1-2 раза в неделю (не более 2 мл на одну процедуру). В особо упорных случаях проводится криодеструкция. Применение общей кортикостероидной терапии при дискоидной красной волчанке нецелесообразно. Лечение СКВ комплексное: адекватная противовоспалительная и иммуносупрессивная терапия (кортикостероиды, циклофосфан, хинолиновые препараты), симптоматические средства.

Прогноз при системной красной волчанке остается в целом неблагоприятным, хотя адекватное современное лечение значительно увеличивает продолжительность жизни больных. Больные должны пожизненно находиться под диспансерным наблюдением ревматолога.

Дифференциальный диагноз. В начальной стадии дискоидную красную волчанку необходимо дифференцировать от красных угрей, себорейного дерматита, псориаза.

Профилактика. Рекомендуется санация выявленной хронической фокальной инфекции.

Больные должны постоянно соблюдать профилактический режим: избегать пребывания на солнце, ветру, морозе; перед выходом на улицу смазывать открытые участки тела фотозащитными кремами («Луч», «Щит»).

Синонимы lupus erythematodes; эритематоз

МКБ. L93.0 Дискоидная красная волчанка МКБ. M32 Системная красная волчанка

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Склеродермия – поражение кожи, характеризующееся диффузным или ограниченным уплотнением с последующим развитием фиброза и атрофии пораженных участков.

Преобладающий возраст. 30-60 лет; чаще болеют женщины

Классификация. Различают ограниченную и системную склеродермию. При ограниченной склеродермии обычно поражается только кожа, в то время как при системной в процесс, помимо кожи, вовлекаются другие органы.

Этиология и патогенез Этиология неизвестна. Имеются предположения об инфекционном происхождении заболевания, так как оно иногда возникает после острых или хронических инфекций. В патогенезе склеродермии имеют значение нейроэндокринные и сосудистые нарушения. В последнее время склеродермия рассматривается как аутоиммунное заболевание.

Клиническая картина Склеродермия ограниченная имеет несколько клинических форм. Для *бляшечной склеродермии* характерно образование небольшого числа округлых очагов поражения, которые в своем развитии проходят 3 стадии: пятна, бляшки и атрофии. Начинается заболевание с появления одного или нескольких сиренево-розовых округлых либо овальных

пятен величиной с ладонь и больше. Постепенно центр пятен бледнеет и начинает уплотняться, очаг поражения вскоре превращается в очень плотную бляшку характерного желтовато-белого цвета с гладкой блестящей поверхностью, напоминающей слоновую кость. По периферии бляшек некоторое время сохраняется сиреневый венчик, за счет которого происходит их рост. Волосы на бляшках выпадают, кожный рисунок сглаживается, пото- и салоотделение прекращается; кожу на пораженном участке нельзя собрать в складку. В таком состоянии очаги ограниченной склеродермии могут оставаться длительный срок (месяцы, годы), а затем постепенно подвергаются рубцовой атрофии: центр их размягчается, западает, а вскоре вся бляшка превращается в участок атрофии. Чаще поражается кожа туловища и конечностей, редко — слизистые оболочки.

Разновидностью ограниченной склеродермии является *линейная склеродермия*, очаги поражения при которой имеют вид полос и располагаются обычно продольно на конечностях и по сагиттальной линии на лбу (напоминают рубец от удара сабли). *Склеродермия каплевидная* (болезнь белых пятен, белый лишай Цумбуша) проявляется перламутрово-белыми округлыми пятнами размером 0,1-1,0 см, располагающимися преимущественно в верхней части туловища. Высыпания существуют длительно, заканчиваясь атрофией.

Склеродермия диффузная начинается обычно с продрома в виде общего недомогания, субфебрильной температуры, зябкости, артралгий, онемения конечностей, покалывания в коже, легкого зуда. Кожа приобретает желтовато-серую окраску, ее невозможно собрать в складку, при надавливании пальцем ямки на коже не образуется. Со временем уплотнение кожи усиливается, она становится деревянистой, неподвижной. Поверхность кожи представляется гладкой, блестящей и благодаря восковидно-желтому оттенку напоминает слоновую кость. Лицо маскообразное, амимичное, ротовая щель сужается (микростомия). На отдельных участках кожи появляются телеангиэктазии и неравномерная пигментация, что придает ей пестрый вид. Иногда диффузная склеродермия начинается и впоследствии остается наиболее выраженной на кистях: на фоне приступов акроасфиксии (синдром Рейно) развивается плотный отек, а затем склероз, истончение и тугоподвижность, скрюченность пальцев рук нередко с образованием трофических язвочек (склеродактилия). При системной склеродермии наблюдается поражение мышц, суставов, пищеварительного тракта, легких (пневмосклероз), почек (нефросклероз), сердечно-сосудистой системы (перикардит, миокардит, артериосклероз), костей (остеопороз, остеолит) нервной системы. Возможно сочетание с кальцинозом (Тибьерже-Вейссенбаха синдром).

Лечение. В стадии индукции эффективно применение препаратов гиалуронидазного действия (лидаза - по 0,1 г в 0,5% растворе новокаина подкожно через день). Витамины А и Е (внутри в виде масляных растворов по 5—10 капель 3 раза в день), аевит (по 1 капсуле 2 раза в день). При склеродактилии - никотиновую кислоту (по 0,1 г 3 раза в день); местно - аппликации 30-50% раствора димексида. В последнее время в терапии склеродермии используются иммунодепрессанты. При тяжелой системной склеродермии с диффузным поражением кожи назначают кортикостероиды, иногда в сочетании с цитостатиками (d-пеницилламин, купренил), а при ограниченных формах показан далагил и его аналоги (по 1-2 таблетки в день). При выявлении эндокринопатии (недостаточность щитовидной, половых и других желез) назначают корректирующую терапию. Благоприятное влияние оказывают тепловые процедуры (ванны, парафиновые аппликации), массаж, ультразвук, диатермия. Больных направляют на серные и грязевые курорты.

Течение и прогноз. Больные склеродермией должны находиться под постоянным наблюдением дерматолога и ревматолога, избегать физического и нервного перенапряжения, простудных заболеваний.

МКБ М34 Системный склероз

7. Задания для итогового контроля занятия:

Контроль итогового уровня знаний:

Инструкция: для каждого вопроса или незаконченного утверждения один или несколько ответов

являются верными. Выберите:

A	B	C	D	E
если верно только 1,2,3	если верно только 1 и 3	если верно только 2 и 4	если верно только 4	если верно все

1. Укажите основные факторы, имеющие значение в патогенезе дискоидной красной волчанки:
 1. Очаги хронической инфекции
 2. Лекарственная непереносимость
 3. Аутоиммунные нарушения
 4. Инсоляция
2. Укажите характерные симптомы поражения кожи при дискоидной красной волчанке:
 1. Эритема
 2. Фолликулярный гиперкератоз
 3. Рубцовая атрофия
 4. Лихенификация
3. Укажите клинические стадии эритематоза:
 1. Атрофическая
 2. Гиперкератозно-инфильтративная
 3. Эритематозная
 4. Некротически-язвенная
4. Укажите основные клинические разновидности кожной формы красной волчанки:
 1. Бляшечная
 2. Дискоидная
 3. Полосовидная
 4. Хроническая диссеминированная
5. Укажите характерную локализацию дискоидной красной волчанки:
 1. Нос
 2. Щеки
 3. Красная кайма губ
 4. Волосистая часть головы
6. Назовите клинические формы интегументной (кожной) склеродермии:
 1. Болезнь белых пятен
 2. Бляшечная
 3. Полосовидная
 4. Дискоидная
7. Укажите наиболее характерную локализацию полосовидной склеродермии:
 1. Нос, щеки
 2. Лоб
 3. Область декольте
 4. Конечности
8. Назовите клинические стадии бляшечной склеродермии:
 1. Эритема
 2. Гиперпигментация
 3. Атрофия
 4. Уплотнение
9. Укажите клинические проявления, характеризующие начальную стадию бляшечной склеродермии:
 1. Гипопигментированные пятна с незначительным отрубевидным шелушением
 2. Бляшки красного цвета с воспалительным валиком по периферии
 3. Папулы ярко-розового цвета, с чешуйками

4. Сиренево-розовые пятна округлых или овальных очертаний
10. Назовите характерные клинические признаки бляшечной склеродермии:
 1. Желтовато-белый цвет, блестящая поверхность
 2. Выпадение волос и сглаживание кожного рисунка
 3. Деревянистая плотность
 4. Уменьшение пото- и салоотделения в очаге

Эталон ответов: 1-D; 2-A; 3-A; 4-C; 5-E; 6-A; 7-C; 8-E; 9-D; 10-E.

8. Список рекомендуемой литературы:

Основная:

- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Триада - X – 2000 - 657с.
- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.

Дополнительная:

- Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

Тема занятия № 10: «Приобретенный сифилис. Общая патология. Первичный и вторичный периоды сифилиса.»

1. Мотивация темы: Сифилис – одно из наиболее распространенных и контагиозных заболеваний, передающихся половым путем. Поражение внутренних органов и систем организма при сифилисе нередко приводит к инвалидизации. Кроме того, это заболевание передается потомству. Проявление высыпаний на коже при сифилисе имеет схожесть с множеством других патологических состояний и практикующий врач любой специальности должен уверенно их дифференцировать и проводить профилактические мероприятия.
2. Цель: Изучить этиологию, патогенез, особенности клинического течения первичного и вторичного периода сифилиса, методы диагностики, провести дифференциальный диагноз.

3. Задачи занятия:

Студент должен знать:

- Определение сифилиса
- Этиологию и патогенез сифилиса
- Клинические проявления первичного и вторичного периода сифилиса
- Методы диагностики сифилиса
- Дифференциальную диагностику первичного и вторичного периода сифилиса
- Методы профилактики сифилиса

Студент должен уметь:

- Правильно собрать анамнез и поставить диагноз заболевания
- Провести лабораторную диагностику сифилиса
- Провести дифференциальный диагноз
- Составить тактическую схему ведения больного

Средства необходимые для проведения занятия:

- Таблицы и наглядные пособия:
- Муляжи по теме:
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986, 2000.
- Слайды по теме: «Сифилис первичный и вторичный»
- Клинические задачи по теме: «Сифилис первичный и вторичный»
- Больные сифилисом
- Набор инструментов для проведения занятия

Базисные знания:

- Раздел по гистоморфологии сифилиса
- Раздел по гистоморфологии сифилиса
Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Раздел по диагностике морфологических элементов сифилиса
Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Раздел по классификации псориаза сифилиса
Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.
- Раздел по принципам терапии сифилиса
Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

4. Задания для самоподготовки:

Заполнить таблицу по основным положениям темы, пользуясь учебным пособием под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. – 2004 с. или под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – с. 197-208.

Основные положения темы	Их характеристика
Патогенез развития первичного и вторичного периода сифилиса	
Основные жалобы пациентов при первичном и вторичном периоде сифилиса	

Классификация первичного и вторичного периода сифилиса	Заполняется студентом
Методы диагностики первичного и вторичного периода сифилиса	
Медикаментозные методы лечения первичного и вторичного периода сифилиса	
Критерии излеченности больных с первичным и вторичным периодом сифилиса	

Контрольные вопросы:

1. Этиология сифилиса. Условия и пути заражения. Классификация.
2. Клиника первичного периода сифилиса.
3. Типичные твердые шанкры. Атипичные твердые шанкры.
4. Методы диагностики.
5. Клиника вторичного периода сифилиса.
6. Лабораторная диагностика сифилиса

5. Содержание практического занятия:

8.00 – 8.05 Проверка присутствующих.

8.05 – 8.30 Контроль исходного уровня знаний студентов. Тестовый контроль.

8.30 – 8.50 Самостоятельная курация больных под контролем преподавателя.

8.50 – 9.00 Перерыв.

9.00 – 9.50 Клинический разбор больных с преподавателем.

9.50 – 10.05 Перерыв.

10.05 – 10.55 Клинический разбор больных с преподавателем. Решение ситуационных клинических задач. Демонстрация слайдов, рисунков, таблиц, фотографий, мультимедийное сопровождение.

10.55 – 11.05 Перерыв.

11.05 – 11.15 Контроль конечного уровня знаний. Ответы на вопросы.

11.15– 11.20 Инструкция о содержании и методике подготовки следующего занятия.

6. Блок информации по теме занятия:

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ СИФИЛОМЫ (ТВЕРДЫЙ ШАНКР)

Типичные твердые шанкры.

1. Эрозивный твердый шанкр;
2. Язвенный твердый шанкр;

Атипичные твердые шанкры.

1. Индуративный отек;
2. Шанкр-панариций;
3. Шанкр-амигдалит.

Осложненные твердые шанкры.

1. Воспалительный шанкр;

2. Гангренозный шанкр;
3. Фагеденический шанкр;

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА СИФИЛИСА

Микроскопическое исследование.

При первичном сифилисе на бледную трепонему исследуют отделяемое шанкров или пунктат регионарных лимфатических узлов; при вторичном сифилисе - материал из различных поражений кожи и слизистых оболочек.

Материал для исследования получают от больного до лечения непосредственно в лаборатории. Для получения материала поверхность язвы протирают ватой, смоченной стерильным изотоническим раствором хлорида натрия, затем дно язвы слегка раздражают стеклянной палочкой или платиновой петлей, предварительно прокаленной на огне и охлажденной. Для большего выделения тканевой жидкости пальцами в резиновой перчатке сдавливают плотное основание язвы.

Исследуемую тканевую жидкость палочкой или петлей вносят в каплю изотонического раствора хлорида натрия на предметном стекле, смешивают, накрывают предметным стеклом и исследуют в оптическом микроскопе с темнопольным конденсором, объективом 40, окуляром 7X, 10X, или 15X. Между линзой конденсора и предметным стеклом должна быть капля дистиллированной воды.

Пунктат из лимфатического узла получают в асептических условиях при помощи шприца с толстой иглой, содержащего несколько капель изотонического раствора хлорида натрия. Фиксируя иглу пальцами в лимфатическом узле, ее слегка раскачивают для разрушения окружающей ткани, вводят имеющийся в шприце изотонический раствор хлорида натрия, а затем отсасывают материал для исследования.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТВЕРДЫХ ШАНКРОВ

ФОРМЫ ШАНКРОВ	ЗАБОЛЕВАНИЯ, С КОТОРЫМИ ДИФФЕРЕНЦИРУЕТСЯ
<i>ТИПИЧНЫЕ</i>	
Эрозивный	Простой пузырьковый лишай, баланопостит (вульгарный, кандидозный, от воздействия химических веществ и др.), травматическая эрозия, буллезная токсикодермия
Язвенный	Мягкий шанкр, сифилитическая гумма, чесоточная эктима, шанкриформная пиодермия, раковая язва, туберкулезная язва
<i>АТИПИЧНЫЕ</i>	
Индуративный отек	У мужчин – индурация, слоновость полового члена, у женщин – бартолинит, абсцесс бартолиновой железы
Шанкр-панариций	Панариций банальный (стафилококковая инфекция)
Шанкр-амигдалит	Лакунарная ангина, дифтерия, ангина Венсана

СИФИЛИДЫ КОЖИ ВТОРИЧНОГО ПЕРИОДА

ПЯТНИСТЫЕ	ПАПУЛЕЗНЫЕ	ПУСТУЛЕЗНЫЕ	ПОРАЖЕНИЕ ВОЛОС
Сифилитическая розеола	Миллиарные (фолликулярные)	Угревидные	Мелкоочаговое облысение
Мелкопятнистая	Монетовидные	Импетиго-подобные	Смешанное облысение
Эвелирующая	Гипертрофическ	Эктимоподобные	Поражение бровей и

(уртикоподобная)	ие (широкие кондиломы)		ресниц (симптом Пинкуса)
Зернистая	Эрозивные (мокнущие)	Рупиодные	
Сливная	Псориазеформные		
Аннулярная	Аннулярные		
Пигментный сифилид (лейкодерма)	Роговые папулы ладоней и подошв		

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ

ХАРАКТЕРИСТИКА	ПЕРИОД		
	Первичный	Вторичный	Третичный
Локализация проявлений	Только на месте внедрения трепонемы	Повсеместно (кожа и слизистые)	Повсеместно
Морфологические элементы	Твердый шанкр (эрозивный, язвенный и т.д.)	Розеола, папулы, пустулы, везикулы	Бугорки, гуммы
Исход сыпи	Исчезает бесследно или оставляет рубец	Преимущественно бесследно	Всегда рубцы
Увеличение лимфоузлов	Регионарный аденит	Полиаденит при вторичном свежем, остаточные явления или отсутствие полиаденита при вторичном рецидивном	Отсутствует
Контагиозность	Заразен	Заразен	Практически не заразен
Острая воспалительная реакция	Отсутствует	То же	То же
Субъективные ощущения	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют
Поражение нервной системы	Изредка, доброкачественные	Нередко носят доброкачественный характер	Часто носят злокачественный характер (органические поражения)
Поражение внутренних органов	Возможны функциональные нарушения	Нередко носят функциональный характер	Часто носят тяжелый характер
Серологические реакции	Первые 2-3 недели отрицательные, затем положительные	Положительные в 97 %	Положительные в 70-75%

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВТОРИЧНОГО СВЕЖЕГО И РЕЦИДИВНОГО ПЕРИОДОВ СИФИЛИСА

ПРИЗНАКИ	СИФИЛИС ВТОРИЧНЫЙ
----------	-------------------

	Свежий	Рецидивный
1. Сыпь:	Мелкая	Крупная
а) величина		
б) количество	Обильная	Скудная
в) цвет	Яркий	Блеклый
г) распространенность	Рассеянная	На отдельных участках
д) симметричность	Симметричное	Асимметричное
2. Полиаденит	Выражен	Отсутствует или выражен слабо
3. Остатки первичного склероза	Имеются	Нет
4. Продромальные явления	Бывают	Не наблюдаются

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИФИЛИДОВ ВТОРИЧНОГО ПЕРИОДА

РАЗНОВИДНОСТИ СИФИЛИДОВ	С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТСЯ
Розеола: обычная, отечная, шелушащаяся, сливная, точечная, круговидная	Розовый лишай Жибера, крапивница, разноцветный (отрубевидный) лишай, токсикодермия, ливедо (мраморная кожа)
Розеола: пятнистая, кружевная, мраморная	Витилиго, вторичные де- и гиперпигментации
Папулы: милиарные, лентикулярные, монетовидные, мокнущие эрозивные), вегетирующие (широкие кондиломы), псориазеформные	Красный плоский лишай, псориаз, остроконечные кондиломы, параспориоз, вегетирующая пузырчатка
Папуло-везикулезная сыпь	Ветряная оспа, опоясывающий лишай, герпетиформный дерматоз Дюринга
Импетигиозный, угревидный, оспенновидный, эктимоподобный, рупиодный	Импетиго стрепто- и стафилогенные, эктимавульгарная, вульгарные, йодистые и бромистые угри
Очаговая, диффузная, смешанная	Гнездная плешивость, грибковые поражения волосистой части головы (трихофития, микроспория), красная волчанка
Пятнистые, папулезные, пустулезные	Различные формы ангин (вульгарная, Венсана), афтозный стоматит, красный плоский лишай.

7. Задания для итогового контроля занятия:

Контроль итогового уровня знаний:

1. Первичный период сифилиса продолжается:

- 1 2-3 недели
- 2 4-5 недель
- 3 6-7 недель
- 4 8-10 недель
- 5 11-12 недель

2. К разновидностям папулезного сифилида ладоней и подошв относятся все перечисленные, кроме:

- 1 фолликулярного
- 2 лентикулярного
- 3 геморрагического
- 4 рогового
- 5 широкого

3. К осложнениям твердого шанкра относятся все перечисленные, кроме:
- 1 фимоза
 - 2 парафимоза
 - 3 гангренизации
 - 4 регионарного склераденита
 - 5 эрозивного баланопостита
4. Высыпные элементы при вторичном рецидивном сифилисе обладают всеми перечисленными свойствами, кроме:
- 1 малочисленности
 - 2 неяркости
 - 3 крупного размера
 - 4 отсутствия склонности к группировке
5. Для сифилитической эритематозной ангины характерны :
- 1 резкие границы эритемы в зеве
 - 2 выраженная отечность миндалин
 - 3 резкая болезненность
 - 4 высокая температура тела
6. Вторичный период сифилиса наступает от момента заражения спустя:
- 1 2-3 месяца
 - 2 4-5 месяцев
 - 3 6-7 месяцев
 - 4 8-9 месяцев
7. К разновидностям пустулезных сифилидов относятся все перечисленные, кроме:
- 1 акнеiformного
 - 2 оспенновидного
 - 3 импетигиозного
 - 4 рупиоидного
 - 5 коримбиформного

Эталоны: 1.3.; 2.1.; 3.4.; 4.4.; 5.1.; 6.1.; 7.5.

Ситуационные задачи:

1. Мужчина 25 лет обратился к врачу с жалобами на появление эрозии на внутреннем листе крайней плоти примерно через 25 дней после полового сношения с мало знакомой женщиной. При осмотре в основании эрозии выявлен безболезненный плотный инфильтрат, эрозия покрыта беловатым налетом в центре.

Какой ваш предположительный диагноз?

Какие лабораторные исследования могут подтвердить предполагаемый диагноз?

Что нужно уточнить для профилактики заболевания у других лиц.

2. В женской консультации у женщины обнаружена язвочка в области нижней спайки половых губ, язвочка округлых очертаний, безболезненная.

Прилегающие участки половых губ отечны. Пациентка во время отдыха 40 дней тому назад имела половые сношения с мужчиной, с которым поддерживает знакомство.

Какой предположительный диагноз можно поставить?

Что еще можно обнаружить при осмотре и пальпации язвочки?

Как можно подтвердить диагноз?

Какие противоэпидемические мероприятия нужно выполнить, чтобы предупредить распространение инфекции?

3. Больной И. обратился к врачу-отоларингологу с жалобами на осиплость голоса. В течение 2-х недель лечился у него с диагнозом неспецифический ларингит. Улучшения от

проводимого лечения не было. В то же время больной обратился к врачу дерматовенерологу. При осмотре: на ладонях и подошвах небольшие мелкие, величиной с чечевицу папулы красновато-желтого цвета, плотной консистенции, не сливающиеся друг с другом. При разговоре с больным у него выявлена выраженная афония. Из эпидемиологического анамнеза известно, что больной холост, ведет беспорядочную половую жизнь, о некоторых половых партнерах может дать необходимые сведения.

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Какие другие клинические симптомы могут быть при предполагаемом диагнозе?
3. Какие методы дополнительного обследования следует провести больному?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать проявления сифилиса у больного?
5. Какая документация должна быть оформлена на данного больного?
6. Какова причина диагностической ошибки, допущенной ЛОР- врачом?

Эталон ответов:

Задача 1

Сифилис первичный; исследование на бледную трепонему; обследование контактных лиц.

Задача 2

Сифилис первичный; уплотнение в основании; исследование на бледную трепонему и РВ; обследование контактных лиц.

Задача 3

Сифилис вторичный; розеолы, папулы на туловище; исследование на бледную трепонему и РВ; псориаз, красный плоский лишай; амбулаторная карта на больного венерическим заболеванием, экстренное извещение; неполное обследование пациента.

8. Список рекомендованной литературы:

Основная:

- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Триада - X – 2000 - 657с.
- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.

Дополнительная:

- Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М..1986.

Тема занятия № 11: «Сифилис третичный, врожденный, скрытый приобретенный. Особенности клиники приобретенного сифилиса у детей. Лечение и профилактика врожденного сифилиса.»

1. Мотивация темы: Изучение сифилиса, являющегося инфекционным венерическим заболеванием, необходимо в связи с распространенностью этой инфекции, серьезной опасностью для здоровья человека, отрицательным действием на потомство. При несвоевременном распознавании происходит распространение болезни, а хроническое течение инфекции приводит к поражению всех органов и систем организма. Поэтому знание проявлений сифилиса важно для врачей всех специальностей.

2. Цель: Изучить этиологию, патогенез, особенности клинического течения третичного и врожденного сифилиса, методы диагностики, провести дифференциальный диагноз.

3. Задачи занятия:

Студент должен знать:

- Определение сифилиса
- Этиологию и патогенез третичного и врожденного сифилиса
- Клинические проявления третичного и врожденного сифилиса

- Методы диагностики третичного и врожденного сифилиса
- Дифференциальную диагностику третичного и врожденного сифилиса
- Методы профилактики третичного и врожденного сифилиса

Студент должен уметь:

- Правильно собрать анамнез и поставить диагноз заболевания
- Провести лабораторную диагностику третичного и врожденного сифилиса
- Провести дифференциальный диагноз
- Составить тактическую схему ведения больного

Средства необходимые для проведения занятия:

- Таблицы и наглядные пособия:
- Муляжи по теме: «Сифилис третичный, врожденный»
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986, 2000.
- Слайды по теме: «Сифилис третичный, врожденный»
- Клинические задачи по теме: «Сифилис третичный, врожденный»
- Больные сифилисом
- Набор инструментов для проведения занятия

Базисные знания:

- Раздел по гистоморфологии сифилиса
Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Раздел по диагностике морфологических элементов сифилиса
Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Раздел по классификации псориаза сифилиса
Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.
- Раздел по принципам терапии сифилиса
Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

4. Задания для самоподготовки:

Заполнить таблицу по основным положениям темы, пользуясь учебным пособием под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. – 2004 с. или под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – с. 197-208.

Основные положения темы	Их характеристика
Патогенез развития третичного и врожденного сифилиса	Заполняется студентом
Основные жалобы пациентов при третичном и врожденном сифилисе	
Классификация третичного и врожденного сифилиса	
Методы диагностики третичного и врожденного сифилиса	
Медикаментозные методы лечения третичного и врожденного сифилиса	
Прогноз больных с третичным и врожденным сифилисом	

Контрольные вопросы:

1. Условия и сроки возникновения третичного сифилиса.
2. Классификация третичного сифилиса.
3. Клиника третичного периода сифилиса. Бугорковые сифилиды. Гуммозные сифилиды.
4. Методы диагностики. Профилактика третичного сифилиса.
5. Условия и сроки возникновения врожденного сифилиса. Классификация врожденного сифилиса.
6. Клиника врожденного периода сифилиса. Сифилис плода. Ранний врожденный сифилис.
7. Поздний врожденный сифилис. Методы диагностики. Профилактика врожденного сифилиса.
8. Лабораторная диагностика сифилиса

5. Содержание практического занятия:

8.00 – 8.05 Проверка присутствующих.

8.05 – 8.30 Контроль исходного уровня знаний студентов. Тестовый контроль.

8.30 – 8.50 Самостоятельная курация больных под контролем преподавателя.

8.50 – 9.00 Перерыв.

9.00 – 9.50 Клинический разбор больных с преподавателем.

9.50 – 10.05 Перерыв.

10.05 – 10.55 Клинический разбор больных с преподавателем. Решение ситуационных клинических задач. Демонстрация слайдов, рисунков, таблиц, фотографий, мультимедийное сопровождение.

10.55 – 11.05 Перерыв.

11.05 – 11.15 Контроль конечного уровня знаний. Ответы на вопросы.

11.15– 11.20 Инструкция о содержании и методике подготовки следующего занятия.

6. Блок информации по теме занятия:

Третичный сифилис

Третичный период сифилиса развивается у небольшого числа больных, которые не лечились, или недостаточно лечились по поводу ранних форм заболевания. Сифилис третичный при “классическом” течении сифилитической инфекции развивается после вторичного периода, спустя 3-4 года после заражения.

Третичный период сифилиса подразделяют на сифилис третичный активный и сифилис третичный скрытый (латентный). Поражения в этом периоде проявляются бугорками и гуммами. Третичные сифилиды появляются в небольшом количестве (бугорки - десятками, гуммы чаще единичные), протекают с разрушением тканей, всегда оставляют после себя рубцы. Без лечения заживают очень медленно, малозаразительны, хорошо поддаются противосифилитическому лечению.

Бугорковый сифилид. Бугорковый сифилид чаще располагается на небольшом участке кожи, как правило, асимметрично. Бугорок имеет величину с вишневую косточку, полушаровидную или плоскую форму, медно-красный цвет, четкие границы, плотную консистенцию. Регресс бугорковых сифилидов может происходить либо так называемым сухим путем, и тогда на их месте остается слегка гиперпигментированная рубцевидная атрофия. Либо бугорковые сифилиды некротизируются с образованием язв округлой формы с четкими границами, ровными, отвесными, плотными краями. Язвы имеют различную глубину, дно их неровное, покрыто некротическими массами грязно-гнойного или зеленовато-серого цвета. После заживления язв остаются слегка втянутые, фокусно расположенные, сгруппированные рубцы, окруженные пигментной каемкой. Из-за разной глубины язвенных дефектов формируются “мозаичные” рубцы.

Гуммозный сифилид. Гуммозный сифилид представляет собой узел, расположенный в подкожной жировой клетчатке величиной с грецкий орех плотноэластической консистенции с резкими границами, ограниченно подвижный. Кожа над ним вначале не изменена, в дальнейшем приобретает буровато-красный или темно-красный цвет. Впоследствии отмечаются размягчение и распад гуммы с образованием глубокой язвы, дно которой покрыто остатками распадающегося инфильтрата (“гуммозный стержень”). Язва имеет округлые очертания, глубокое дно и очень характерные валикообразные толстые, плотноэластические возвышающиеся над уровнем кожи синюшно-красного цвета края. Постепенно язва рубцуется, оставляя втянутый в центре, звездчатый рубец с зоной гиперпигментации по периферии. Гуммы обычно бывают одиночными, но может появляться несколько гумм различной локализации. Различают следующие формы гуммозного сифилида: изолированные гуммы, гуммозные инфильтраты, фиброзные гуммы (околосуставные узловатости).

Гуммозные инфильтраты возникают самостоятельно или в результате слияния нескольких гумм. Это очаги с резко ограниченными краями и стадийностью развития, присущей солитарной гумме.

Фиброзные гуммы или околосуставные узловатости формируются в результате фиброзного перерождения сифилитических гумм.

РАЗНОВИДНОСТИ ТРЕТИЧНЫХ СИФИЛИДОВ

Бугорковые сифилиды	Гуммозные сифилиды
Рассеянный	изолированные гуммы
Сгруппированный	гуммозные инфильтраты
В виде разлитого инфильтрата	фиброзные гуммы (околосуставные узловатости)
Карликовый	

Врожденный сифилис

Врожденный сифилис — это инфекционное заболевание, заражение которым происходит внутриутробно от больной матери, а проявление болезни могут возникнуть как у плода, так и у детей от грудного до зрелого возраста. Заражение происходит через плаценту, от больной сифилисом матери. Больная мать может инфицировать плод, начиная с 10 недели беременности, но обычно внутриутробное заражения происходит на 4-5 месяце беременности. Плацента при сифилитической инфекции увеличена, гипертрофирована. Ее масса составляет 1/4 - 1/3 (в норме 1/5-1/6) массы плода.

В зависимости от клинических признаков, особенностей течения и сроков проявления врожденный сифилис подразделяется на сифилис плода, ранний врожденный сифилис (от момента рождения ребенка до 4 лет), поздний врожденный сифилис (у детей старше 4 лет), скрытый врожденный сифилис.

В соответствии с МКБ-10 ранний врожденный сифилис диагностируется у детей до 2 лет, поздний — у детей 2 лет и старше.

Сифилис плода. В связи с поражением плаценты нарушается питание плода, затрудняется обмен веществ, может наступить внутриутробная смерть и отторжение плода. Выкидыши чаще случаются между 6 и 7 (реже 4-5) лунными месяцами внутриутробного развития. Проникновение бледных трепонем в плод происходит по типу трепонемной септицемии и может сопровождаться тяжелыми поражениями внутренних органов. Среди висцеральных органов чаще страдают печень, селезенка, легкие, эндокринные железы, центральная нервная система.

Ранний врожденный сифилис. Ранний врожденный сифилис может впервые проявиться как в грудном (до 12 мес.), так и в раннем детском (от года до 4 лет) возрасте.

Врожденный сифилис грудного возраста. Врожденный сифилис грудного возраста проявляется чаще с момента рождения в первые 2 месяца, либо в возрасте 2-4 месяцев. При этом отмечаются многообразные поражения кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костной и нервной системы. Клинические симптомы: *диффузная папулезная инфильтрация Гохзингера; сифилитическая пузырчатка; папулезная сыпь; пятнистая сыпь; специфическое поражение костной системы.*

Сифилис раннего детского возраста (от 1 года до 4 лет).

Этот период врожденного сифилиса отличается слабо выраженными клиническими признаками. Чаще всего встречается крупная папулезная сыпь, расположенная на половых органах, ягодицах, конечностях, реже на лице. Редко встречается пустулезный сифилид, преимущественно у истощенных детей с ослабленным иммунитетом. У некоторых больных на коже могут образовываться единичные гуммозные узлы. Костная система в этом возрасте поражается в виде ограниченных периоститов и остеопериоститов с явлениями остеосклероза преимущественно длинных трубчатых костей, выявляемые обычно лишь рентгенологически. У многих детей в возрасте от года до 4 лет врожденный сифилис протекает латентно, без каких-либо клинических симптомов и диагностируется только на основании положительных серологических реакций крови.

Поздний врожденный сифилис

Поздний врожденный сифилис диагностируют у детей в возрасте от 4-15 лет и старше. По течению поздний врожденный сифилис напоминает третичный сифилис, так как у больных бывают гуммы или гуммозные инфильтрации кожи и слизистых оболочек, костей и суставов, внутренних органов, нервной системы. При позднем врожденном сифилисе могут поражаться сосуды головного и спинного мозга. Признаки позднего врожденного сифилиса делятся в зависимости от степени специфичности на достоверные или безусловные; относительные или вероятные (наблюдаются чаще при позднем врожденном сифилисе, но встречаются и при других заболеваниях), и дистрофии (могут быть следствием как врожденного сифилиса, так и других болезней).

К безусловным, или достоверным, относят *триаду Гетчинсона*: паренхиматозный кератит, сифилитический лабиринтит, зубы Гетчинсона.

Вероятные признаки имеют меньшую диагностическую ценность и требуют дополнительного подтверждения, оцениваются в совокупности с другими проявлениями. К ним относятся: саблевидные голени, сифилитические хориоретиниты, гониты, рубцы Робинсона-Фурнье, ягодицеобразный череп, деформации носа (седловидный, лорнетовидный, “козлиный” нос) и некоторые дистрофии зубов.

Среди дистрофий при позднем врожденном сифилисе наибольшее значение имеют следующие: симптом Авситидийского - утолщение грудинного конца ключицы (чаще поражается правая ключица); высокое (“стрельчатое” или “готическое”) твердое небо; инфантильный мизинец (симптом Дюбуа - Гиссара); аксифоидия Кейра - отсутствие мечевидного отростка грудины; наблюдаются зубные дистрофии: бугорок Карабелли и диастема Гаше. Широко расставленные верхние резцы (диастема Гоше) встречается и у здоровых, но также носит дистрофический характер.

Наблюдаются также дистрофии костей черепа - выступающие лобные и теменные бугры, но без разделительной полоски; гипертрихоз Тарновского (зарастание волосами лба почти до бровей).

КЛАССИФИКАЦИЯ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА

Ранний врожденный		Поздний врожденный
У детей первого года жизни	У детей раннего возраста (1-5 лет)	Триада Гетчинсона: 1. Изменение зубов; 2. Паренхиматозный кератит 3. Поражение лабиринта (глухота)
1. Диффузный инфильтрат	1. Папулезные сифилиды кожи и слизистых	4. Саблевидные голени, саблевидные предплечья
2. Сифилитическая пузырьчатка	2. Увеличение лимфатических узлов	
3. Сифилитический ринит	3. Поражение костной системы (периоститы)	5. Сифилитические хронические гониты
4. Остеохондриты (псевдопаралич Парро)	4. Поражение внутренних органов (печени, селезенки)	
5. Поражение внутренних органов (печени, селезенки)		6. Седловидный нос
		7. Радиальные рубцы вокруг рта

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ И СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТОК НОВОРОЖДЕННЫХ

Признак	Эпидемическая пузырьчатка	Сифилитическая пузырьчатка новорожденных
Время появления пузырей	5-7 дней с момента рождения	Рождается с пузырями или появляются в 1 неделю
Покрышка	Дряблая, морщинистая	Плотная
Содержимое	Гнойное	Серозное, геморрагическое
Воспалительные явления окружающих тканей	Резко выражены	Не выражены
Типичная локализация	Повсеместно (кроме ладоней и подошв)	Ладони, подошвы, сгибательные поверхности конечностей, лицо
Висцеропатия	+	-
Серологические реакции крови	Отрицательные	Положительные
Контагиозность	Высокая	При близком контакте
Обследование матери	Серореакция « - » Здорова	Серореакция « + »

Профилактика врожденного сифилиса

Для профилактики ВС рекомендуется 2-кратное серологическое обследование беременных: в первой половине беременности (при взятии на учет) и во второй ее половине (на 6-7 месяце, но не позднее оформления декретного отпуска). При неблагоприятной эпидемиологической обстановке решением органов здравоохранения может быть введено трехкратное серологическое обследование на сифилис, которое проводится непосредственно перед родами. При положительных результатах КСР проводится обследование с помощью

РИФ, РИБТ и других специфических реакций. В случае отрицательных результатов этих тестов беременная должна находиться на клинико-серологическом контроле с ежемесячным обследованием до родов и в течение 3 месяцев после них.

При выявлении у беременных ранних стадий сифилиса лечение проводится по соответствующим схемам лечения. При установлении у беременной позднего или неуточненного сифилиса лечение проводится по методике №2.

Профилактическое лечение беременных.

Профилактическое лечение показано женщинам, получившим лечение до беременности, у которых к началу беременности не произошла полная негитивация КСР, а также всем женщинам, начавшим лечение во время беременности, независимо от ее срока.

Профилактическое лечение обычно проводится, начиная с 20-й недели беременности, но при поздно начатом специфическом лечении - непосредственно вслед за ним.

Профилактическое лечение детей.

При рождении ребенка без проявлений сифилиса от нелеченной матери, при поздно начатом специфическом лечении матери (с 32-й недели беременности), при отсутствии негитивации КСР (МР) к моменту родов или серорезистентности у матери проводится профилактическое лечение ребенку.

Профилактическое лечение ребенка, рожденного нелеченной матерью, больной сифилисом - проводится по любой из методик, предназначенных для лечения врожденного сифилиса.

Профилактическое лечение ребенка в связи с недостаточным лечением матери, отсутствием у нее негитивации КСР (МР) к моменту родов или серорезистентностью проводится по соответствующей методике.

ХАРАКТЕР КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ СИФИЛИСЕ. СОВРЕМЕННАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА СИФИЛИСА

Антителообразование при сифилисе. Динамика образования антител в организме больных сифилисом наиболее полно изучена в последние годы. Установлено, что уже на второй неделе после заражения вырабатываются трепонемоспецифические антитела класса IgM, наибольшее количество которых приходится на 6-9 неделю заболевания. Примечательно, что специфические IgM перестают вырабатываться при исчезновении из организма антигена, кроме того, крупные молекулы IgM не проходят через плаценту от матери к плоду, в связи, с чем по наличию этих антител у ребенка судят об его инфицировании бледной трепонемой.

Трепонемоспецифические IgG появляются в конце 4 недели после заражения все в большей концентрации, на 6 неделе начинают преобладать над IgM. Этот вид иммуноглобулинов в наибольшем количестве определяется через 1-2 года после заражения.

Представляет большой интерес динамика этих антител после лечения сифилиса. Если специфические IgM в процессе терапии и после ее окончания вырабатываются все меньше и в течение 6 - 12 месяцев перестают определяться, то уровень IgG может держаться на довольно высоком уровне многие годы, что обусловлено, по мнению ряда авторов, их синтезом клонами клеток памяти.

Серологические реакции при сифилисе. Серодиагностика применяется для подтверждения клинического диагноза сифилиса, постановки диагноза скрытого сифилиса, контроля за эффективностью лечения, как один из критериев излеченности больных сифилисом, для профилактики сифилиса (обследование определенных групп населения). Серологические реакции позволяют выявлять иммунные сдвиги в организме больного в ответ на внедрение в организм бледной трепонемы.

1. Реакция связывания комплемента (РСК) – реакция Вассермана.

РСК ставится с двумя антигенами: кардиолипиновым (собственно реакция Вассермана) и трепонемным антигеном, изготовленным из непатогенных культуральных трепонем.

Сущность РСК: для связывания антигена (АГ) с антителами (АТ) – реагинами, сыворотки крови, необходим комплемент. Это соединение – АГ+АТ+комплемент – не определяется

визуальным осмотром сыворотки больного. Чтобы определить, наступило ли образование этого комплекса (связан ли комплемент), применяется гемолитическая система (ГС). ГС – это эритроциты барана+гемолитическая сыворотка. Но гемолиз может произойти только при наличии комплемента.

Если в первой фазе реакции (АГ+сыворотка+комплемент) произошла реакция связывания комплемента с реагинами и кардиолипиновым антигеном, то на ГС, добавленную к первой фазе, комплемента не хватит, гемолиз не наступит, все эритроциты барана осядут на дно пробирки и испытуемая сыворотка останется бесцветной и прозрачной.

Если в испытуемой сыворотке реагинов не было, то произойдет связывание комплемента ГС – наступит гемолиз и сыворотка окрасится в красный цвет.

Оценка результатов (количественная постановка):

Резко положительная 4+ (гемолиза нет)

Положительная 3+

Слабоположительная 2+

Сомнительная 1+

Отрицательная - (наступил полный гемолиз).

Оценка результатов (количественный метод)

Если при обычной постановке сыворотка крови больного разводится физиологическим раствором в 5 раз, то при количественной постановке в 10, 40, 80, 160 и 320 раз. Чем больше реагинов содержится в сыворотке крови, тем больше можно развести сыворотку, чтобы она продолжала давать положительный результат.

Клиническая интерпретация результатов РСК

В первичном периоде сифилиса (С) титр реагинов постепенно нарастает и становится наивысшим вскоре после массовой гематогенной диссеминации бледных трепонем, т.е. ко вторичному свежему сифилису. В этот период титр реагинов бывает 1:160, 1:320 и даже выше. Затем титр реагинов начинает снижаться и при вторичном рецидивном С обычно не превышает 1:80. При раннем скрытом титр реагинов также не высок – 1:40 – 1:80. При позднем, третичном, С титр реагинов также бывает низким.

Под влиянием успешной терапии титр реагинов снижается и наступает негативация КСР. Если за время терапии титр реагинов снизился в 4 раза и более, то это расценивается как положительный результат терапии. Стойкое сохранение положительных КСР (серорезистентность) связано с генетически детерминированным высоким уровнем гуморального иммунного ответа, сохраняющегося и после уничтожения бледных трепонем в организме. Ложноположительные результаты – титр 1:5 – 1:20 или при качественной постановке – 2+ или 3+.

Микрореакция преципитации с кардиолипиновым антигеном (MP, RPR, VDRL, USR, ART и др.). RPR - с плазмой крови; VDRL - с инактивированной сывороткой крови; USR - с активной сывороткой крови; ART - автоматизированный реагин-тест. Степень позитивности микрореакции преципитации оценивают также как реакцию Вассермана: «4+» (резко положительная), «3+» (положительная), «+» или «1+» (слабоположительная), «+ -» (сомнительная), «-» (отрицательная).

Реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ, РИТ, ТPI - *Treponema pallidum immunobilization*).

Выявляет наличие в сыворотке крови больных сифилисом видоспецифических противотрепонемных антител. Она становится положительной через несколько месяцев после заражения и, следовательно, непригодна для диагностики первичного и вторичного свежего С. Для постановки реакции необходимо иметь постоянно стандартную взвесь живых патогенных трепонем. Ежедневно кроликам, содержащимся в виварии, прививают тканевой штамм бледных трепонем. Взвесь трепонем служит антигеном, а в сыворотке крови больных определяется наличие противотрепонемных антител, прекращающих движение возбудителей – иммобилизинов. После инкубации смеси испытуемой сыворотки крови с комплементом и взвесью бледных трепонем под микроскопом подсчитывается процент возбудителей, прекративших движение.

Результаты реакции:

+ иммобилизация более 51% бледных трепонем
слабоположительная 31-50% бледных трепонем
сомнительная 21-30%
отрицательная 20% и менее.

Нельзя исследовать на РИБТ кровь больных, получающих антибиотики, поскольку последние подавляют развитие БТ. После введения бензилпенициллина кровь можно исследовать не ранее чем через 5 дней, при введении дюрантов пенициллина (бициллины), сумамеда и других медленно выводящихся из организма препаратов – не ранее 2 недель.

Показания к назначению постановки РИБТ:

1. Подозрение на поздние висцеральные и нервные формы С, а КСР - отрицательные.
2. Для подтверждения диагноза скрытого (латентного) С при положительных КСР.
3. При наличии предположения о ложноположительной реакции Вассермана.
4. Когда имеется расхождение между положительной КСР и отрицательной РИФ (реакцией иммунофлюоресценции) или наоборот (отрицательной КСР и положительной РИФ).

Преимущества и недостатки реакции: сохраняется долго (годами). Относительно быстро РИБТ негативируется только при первичном и вторичном свежем С. Стойкая негативация РИБТ – весомое доказательство излечения С.

Реакция иммунофлюоресценции (РИФ, FTA- test-Fluorescent treponemal antibody test). Чувствительная – становится положительной в первичной стадии даже раньше КСР, в 100% бывает положительной при вторичном и позднем нелеченом С. РИФ относится к групповым трепонемным реакциям, обнаруживающим антитела не только против бледной трепонемы, но и другим видам трепонем. Реакция РИФ-абс, при которой с помощью абсорбции групповых противотрепонемных антител РИФ становится видоспецифической, т.е. определяются антитела только к БТ. РИФ основана на непрямом методе люминесцентной серодиагностики. Для исследования употребляются меченные флюорохромом сыворотка крови кроликов, иммунизированных против глобулинов человека. Для постановки РИФ взвесь живых вирулентных бледных трепонем наносится на предметное стекло и фиксируется к нему ацетоном. Затем на это стекло наливается испытуемая сыворотка крови (или спинно-мозговая жидкость). Если в ней есть противотрепонемные антитела, то они прочно прикрепляются к БТ, фиксированным к предметному стеклу. Препарат промывается водой, избыток антител смывается, остаются лишь противотрепонемные антитела на самих БТ. Далее на это предметное стекло наносится меченная флюорохромом сыворотка против гаммаглобулинов человека. Эти антитела прикрепляются иммунными связями к противотрепонемным антителам, окутывающим БТ. После повторного промывания водой, удаляющего избыток меченных флюорохромом антител, препарат просматривают в люминесцентном микроскопе, где видны ярко светящиеся желто-зеленоватые БТ на темном фоне.

Если в испытуемой сыворотке противотрепонемных антител нет, то налитая на предметное стекло меченная флюорохромом сыворотка будет смыта водой, а БТ не будут светиться в люминесцентном микроскопе.

Оценка реакции проводится по степени яркости свечения БТ: 4+, 3+, 2+. Поскольку титр противотрепонемных антител велик, то исследуемую сыворотку разводят физиологическим раствором в 10 раз (РИФ-10) или 200 раз (РИФ-200). РИФ-10 очень чувствительна, но дает ложноположительные результаты, РИФ-200 менее чувствительна, но число неспецифических результатов не превышает 0,3%.

РИФ-абс по чувствительности и специфичности близка к РИБТ, для ее постановки не требуется свежий антиген и реакция ставится с убитыми трепонемами.

Для выявления трепонемоспецифических IgM-антител используется реакция IgM- РИФ-Абс., которая основана на использовании во второй фазе конъюгата анти-IgM, вместо античеловеческого флюоресцирующего глобулина. Особую ценность эта реакция представляет для определения активности процесса, выявления рецидива заболевания и реинфекции на фоне положительных реакций после лечения, диагностики раннего врожденного сифилиса, а также для распознавания ложноположительных результатов других серологических реакций.

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА; ТРНА - *Treponema pallidum* Haemagglutination test). РПГА относится к трепонемным тестам на сифилис. Она направлена на выявление специфических противотрепонемных антител в сыворотке и плазме крови. Принцип реакции заключается в том, что при соединении эритроцитов, несущих антигены бледной трепонемы, со специфическими антителами сыворотки крови больного сифилисом происходит феномен гемагглютинации. Результаты реакции оцениваются от 1+ - отрицательная, до 4+ - положительная.

Иммуноферментный анализ (ИФА, ELISA- enzymelinked immunosorbent assay). В последние годы для выявления специфических антител используется диагностический тест - ИФА на поверхности твердофазного носителя. Принцип метода ИФА заключается в связывании комплекса антиген - антитело с конъюгатом, меченым ферментом, выявляемым с помощью субстратной смеси.

Специфичность теста ИФА составляет 94,7% при специфичности РИФ-абс 98,1%. Чувствительность теста у больных, дающих положительную РИФ-абс, при первичном и вторичном сифилисе составляет 100%, при латентном сифилисе 84,6- 96,4%.

Особенности серологических реакций при сифилисе у новорожденных.

1. У детей имеется врожденная недостаточность иммунной системы – первые 10 дней после рождения кровь для серологического исследования брать не рекомендуется.

2. У новорожденных могут циркулировать трансплацентарно проникшие АТ матери – причина ложноположительных реакций на сифилис у новорожденного. Разрушаются материнские антитела к 3-4 месяцу жизни ребенка.

3. В тех случаях, когда после 3-6 месяцев жизни РИБТ и РИФ остаются положительными, это значит, что в организме ребенка имеются очаги иммунного раздражения, где находятся бледные трепонемы, ребенок болен ранним врожденным С, и его организм сам вырабатывает АТ.

4. Иммуноглобулины, вырабатываемые в начальной фазе сифилитической инфекции – Ig М. Лишь позднее начинают вырабатываться Ig G. Если у матери имело место только начало сифилитической инфекции, то ее АТ, принадлежащие к классу Ig М тоже попадут в организм новорожденного. Отличить их можно следующим образом: Ig М с коэффициентом седиментации 198, обнаруженные у новорожденного с помощью реакции РИФ-абс вырабатываются активно в организме плода и новорожденного, тогда как Ig М с коэффициентом седиментации 7 могут проходить трансплацентарно от больной матери. Кроме того, от больной или ранее болевшей С матери происходят антитела, принадлежащие к классу Ig G.

7. Задания для итогового контроля занятия:

Контроль итогового уровня знаний:

- Третичный сифилис может проявляться:
 - Бугорками
 - Мозаичным рубцами
 - Гуммами
 - Звездчатыми рубцами
 - Все перечисленное верно
- Сифилитический бугорок является:
 - Инфекционной гранулемой
 - Папулезным доброкачественным новообразованием
 - Отеком сосочкового слоя дермы
 - Специфическим васкулитом
 - Ничего из перечисленного
- Сифилитическая гумма является:
 - Невоспалительным узлом
 - Отеком сосочкового слоя дермы

- С. Инфекционной гранулемой
 - Д. Папулезным доброкачественным новообразованием
 - Е. Все перечисленное верно
4. Исходом сгруппированного бугоркового сифилица является:
- А. Гипопигментация
 - В. Гладкий рубец
 - С. Мозаичный рубец
 - Д. Келоидный рубец
 - Е. Гиперпигментация
5. Инфицирование плода бледными трепонемами происходит:
- А. На 1-м месяце беременности
 - В. На 2-м месяце беременности
 - С. На 3-м месяце беременности
 - Д. На 5-м месяце беременности
 - Е. На 9-м месяце беременности
6. При врожденном сифилисе наблюдаются:
- А. Специфические панваскулиты плаценты
 - В. Обязательное поражение печени плода
 - С. Проникновение трепонем в организм плода через пупочную вену
 - Д. Проникновение трепонем в организм плода через лимфатические сосуды пуповины
 - Е. Все перечисленное верно
7. Признаками раннего врожденного сифилиса у грудных детей являются:
- А. Пузырчатка
 - В. Ринит
 - С. Инфильтрации Гохзингера
 - Д. Остеохондрит
 - Е. Все перечисленное верно
8. Диффузная инфильтрация Гохзингера формируется из:
- А. Розеол
 - В. Папул
 - С. Пустул
 - Д. Бугорков
 - Е. Гумм

Эталон ответов: 1-Е; 2-А 3 –С; 4 –С; 5-Д; 6- Е; 7- Е; 8- В.

8. Список рекомендуемой литературы:

Основная:

- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Триада - X – 2000 - 657с.
- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.

Дополнительная:

- Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

Тема занятия № 12: «Гонорея подростков (мальчиков). Вульвовагиниты девочек.
Лечение и профилактика гонореи у детей.»

1. Мотивация темы: Гонорея, негонорейные уретриты – наиболее распространенные воспалительные заболевания уретры. Клинические проявления гонореи и негонорейных уретритов являются частой причиной импотенции и бесплодия у мужчин и женщин. Проявление на коже этих заболеваний имеет схожесть с множеством других патологических состояний и практикующий врач любой специальности должен уверенно диагностировать

гонорее подростков (мальчиков), вульвовагиниты девочек от других венерических заболеваний, а также уметь самостоятельно подбирать рациональную терапию.

2. Цель: Изучить этиологию, патогенез, особенности клинического течения, дифференциальную диагностику, принципы лечения и профилактики гонореи подростков (мальчиков) и вульвовагинитов девочек.

3. Задачи занятия:

Студент должен знать:

- Определение гонореи и негонорейного уретрита.
- Этиологию, патогенез, классификацию гонореи и негонорейного уретрита.
- Клинические проявления гонореи и негонорейного уретрита подростков (мальчиков) и вульвовагинитов девочек.
- Основы диагностики гонореи и негонорейного уретрита подростков (мальчиков) и вульвовагинитов девочек.
- Принципы лечения и профилактики гонореи и негонорейного уретрита подростков (мальчиков) и вульвовагинитов девочек.

Студент должен уметь:

- Собрать анамнез у больного с гонореей и негонорейным уретритом.
- Поставить диагноз заболевания с учетом стадии, течения, тяжести у больного с гонореей и негонорейным уретритом подростков (мальчиков) и вульвовагинитов девочек.
- Провести окончательный дифференциальный диагноз у больного с гонореей и негонорейным уретритом подростков (мальчиков) и вульвовагинитов девочек.
- Составить план лечения больного с гонореей и негонорейным уретритом подростков (мальчиков) и вульвовагинитов девочек.
- Выписать рецепты основных лекарственных форм

Средства необходимые для проведения занятия:

- Таблицы и наглядные пособия:
- Муляжи по теме:
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986, 2000.
- Слайды по теме: «Гонорея, негонорейные уретриты»
- Клинические задачи по теме: «Гонорея, негонорейные уретриты»
- Больные гонореей, негонорейными уретритами
- Набор инструментов для проведения занятия

Базисные знания:

- Раздел по гистоморфологии гонореи и негонорейного уретрита
Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Раздел по классификации гонореи и негонорейного уретрита
Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.
- Раздел по принципам терапии гонореи и негонорейного уретрита
Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

4. Задания для самоподготовки:

Заполнить таблицу по основным положениям темы, пользуясь учебным пособием под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. – 2004 с. или под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – с. 197-208.

Основные положения темы	Их характеристика
Патогенез развития гонореи и негонорейного уретрита подростков (мальчиков) и вульвовагинитов девочек.	Заполняется студентом
Основные жалобы пациентов при гонорее и негонорейном уретрите подростков (мальчиков) и вульвовагинитов девочек.	
Классификация гонореи и негонорейного уретрита подростков (мальчиков) и вульвовагинитов девочек.	
Методы диагностики гонореи и негонорейного уретрита подростков (мальчиков) и вульвовагинитов девочек.	
Медикаментозные методы лечения гонореи и негонорейного уретрита подростков (мальчиков) и вульвовагинитов девочек.	
Прогноз больных с гонореей и негонорейным уретритом подростков (мальчиков) и вульвовагинитами девочек.	

Контрольные вопросы:

1. Этиология гонореи. Пути заражения. Классификация гонореи.
2. Клиника и диагностика гонореи у мужчин, гонореи подростков (мальчиков). Осложнения гонореи у мужчин, гонореи подростков (мальчиков)
3. Клиника и диагностика гонореи у женщин. Осложнения гонореи у женщин.
4. Особенности течения гонореи у девочек. Лечение и профилактика гонореи.
5. Клиника и диагностика трихомониаза. Осложнения. Современные методы лечения.
6. Клиника и диагностика хламидиоза. Осложнения. Современные методы лечения.
7. Клиника и диагностика уреаплазмоза. Осложнения. Современные методы лечения.
8. Клиника и диагностика урогенитального кандидоза. Осложнения.
9. Современные методы лечения.
10. Клиника и диагностика герпетической и цитомегаловирусной инфекции половых органов. Осложнения. Современные методы лечения.

5. Содержание практического занятия:

- 8.00 – 8.05 Проверка присутствующих.
- 8.05 – 8.30 Контроль исходного уровня знаний студентов. Тестовый контроль.
- 8.30 – 8.50 Самостоятельная курация больных под контролем преподавателя.
- 8.50 – 9.00 Перерыв.
- 9.00 – 9.50 Клинический разбор больных с преподавателем.
- 9.50 – 10.05 Перерыв.
- 10.05 – 10.55 Клинический разбор больных с преподавателем. Решение ситуационных клинических задач. Демонстрация слайдов, рисунков, таблиц, фотографий, мультимедийное сопровождение.
- 10.55 – 11.05 Перерыв.
- 11.05 – 11.15 Контроль конечного уровня знаний. Ответы на вопросы.
- 11.15– 11.20 Инструкция о содержании и методике подготовки следующего занятия.

6. Блок информации по теме занятия:

ОЦЕНКА ДВУХСТАКАННОЙ ПРОБЫ

ПОРЦИЯ МОЧИ	МЕСТО ВОСПАЛЕНИЯ		ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
1 Диффузно-мутная	2 Прозрачная, чистая	Передняя уретра	Острый передний уретрит
Слегка мутная	Прозрачная, чистая	Передняя уретра	Подострый передний уретрит
Прозрачная, с тяжелыми нитями, оседающими на дно	Прозрачная, чистая	Передняя уретра	Хронический передний уретрит
Диффузно-мутная	Диффузно-мутная	Весь мочеиспускательный канал	Пиелит Цистит Тотальный острый уретрит Урато-фосфато-оксалатобактериурия
Прозрачная, с нитями в виде запятых	Прозрачная, с нитями в виде запятых	Передняя уретра Простата	Литтреит Простатит
Опалесцирующая	Опалесцирующая	Простата	Простата

ВЗЯТИЕ МАТЕРИАЛА ДЛЯ МИКРОСКОПИИ НАТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Для микроскопии влажных нативных препаратов используется отделяемое влагалища у женщин. У мужчин прямая микроскопия влажных мазков проводится при наличии обильных выделений из уретры с исследованием свободного отделяемого или смыва.

Вагинальный образец для приготовления влажного (нативно-го) мазка берется в зеркалах бактериологической петлей объемом 10 мкл с определенного анатомического участка (задний или боковой свод). Материал из уретры берется бактериологической петлей объемом 1 мкл. Из препуциального мешка материал берется ватным/дакроновым тампоном.

На предметное стекло помещается капля теплого физиологического раствора (оптимально 37° С). Вагинальные или уретральные выделения перемешиваются с каплей физиологического раствора, накрываются покровным стеклом и немедленно просматриваются с использованием светового микроскопа. Если врач не владеет методом прямой микроскопии, выделения помещаются в пробирку с теплым физиологическим раствором и немедленно направляются в лабораторию для микроскопического исследования.

ВЗЯТИЕ МАТЕРИАЛА ДЛЯ МИКРОСКОПИИ ОКРАШЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

ВЗЯТИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА У МУЖЧИН

Образец из уретры для окрашивания по Граму или метилено-вым синим берется с помощью бактериологической петли объемом 1 мкл. У мужчин при наличии выделений из уретры поверхность головки и область наружного отверстия уретры должны быть очищены с помощью марлевого тампона и крайняя плоть отведена назад для предупреждения контаминации. При отсутствии свободных выделений необходимо попросить пациента слегка помассировать

уретру скользящими движениями от основания пениса к его головке. В этом случае могут быть использованы ложечка Фолькмана или ватный/дакроновый тампон для взятия материала. После введения пластиковой петли в уретру на 1—2 см необходимо плоскость «глазка» петли двигать к отверстию, слегка нажимая на стенки уретры. Не рекомендуется вращать петлю во время процедуры взятия образца. Для пациента это болезненно. После получения клинического материала петля накладывается на поверхность стекла и передвигается по нему несколько раз с легким нажатием. Петля должна оставить на стекле тонкую полоску клинического материала. Образец из препуциального мешка берется ватным/дакроновым тампоном.

ВЗЯТИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА У ЖЕНЩИН

Образец из уретры для окрашивания по Граму или метилено-вым синим берется с помощью бактериологической петли объемом 1 мкл. При наличии большого количества выделений наружное отверстие должно быть очищено с помощью марлевого тампона. При отсутствии свободных выделений может быть проведен легкий массаж уретры, выполняемый врачом. После введения пластиковой петли в уретру на 1—2 см необходимо плоскость «глазка» петли двигать к отверстию, слегка нажимая на заднюю и боковые стенки уретры. Не рекомендуется вращать петлю во время процедуры взятия образца. Для пациентки это болезненно. После получения клинического материала петля накладывается на поверхность стекла и передвигается по нему несколько раз с легким нажатием. Петля должна оставить на стекле тонкую полоску клинического материала.

Образец из цервикального канала для приготовления окрашенных препаратов берется в зеркалах ватным/дакроновым тампоном, специальной щеточкой или ложечкой Фолькмана. Необходимо тщательно очистить наружное отверстие цервикального канала при помощи большого марлевого тампона от вагинальных выделений для предотвращения возможной контаминации. После введения тампона в шейный канал на 1—2 см его вращают несколько раз. Клинический материал должен быть перенесен с тампона на стекло как можно более тонким слоем.

Для микроскопического исследования окрашенных вагинальных мазков материал берется в зеркалах с заднего или боковых сводов бактериологической петлей 10 мкл или ложечкой Фолькмана и тонким слоем распределяется на предметном стекле.

ЛЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ У ДЕТЕЙ

Детям, больным гонореей, лечение следует проводить в условиях стационара. Основным антибиотиком является бензилпенициллин. В случае безуспешного лечения бензилпенициллином назначают другой антибиотик. У детей старше 3 лет, больных хронической гонореей, применяют го-новакцину (начальная доза 50—100 млн. микробных тел) с последующим назначением антибиотиков. Детям до 3 лет иммунотерапия не проводится.

Местное лечение проводят в тех случаях, когда гонококк исчез, но вялотекущие воспалительные явления после провокации ещё остаются.

В упорно протекающих случаях вагинита рекомендуется вагиноскопия в дальнейшем местное лечение в соответствии с обнаруженными изменениями.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ У ДЕВОЧЕК ПОСЛЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ

Свежая гонорея, вульвовагинит. Теплые сидячие ванночки на 10—15 минут 2—3 раза в день из отвара ромашки или раствора перманганата калия 1:10000. После ванночек наружные половые органы высушить. Очаги раздражения смазать пастой Лассара. При экзематозных поражениях кожи — примочки из 3%-ной боровской жидкости. Смазывание 4%-ным водным раствором метиленового синего.

Свежая гонорея, уретрит. Лечение такое же, как и при вульвовагините. В полострой стадии: закапывание глазной пипеткой 3—4 капель 0,5—1%-ного раствора протаргола, 1-2%-ного раствора колларгола (чередовать).

Свежая гонорея, проктит или ректит. В прямую кишку вводят 10--10 мл 1—3%-ного раствора протаргола.

Хроническая гонорея, вульвовагинит. Промывание влагалища через тонкий резиновый катетер раствором марганцовокислого калия 1:8000

с последующей инсталляцией через этот катетер раствора протаргола (1-2%) или нитрата серебра (0,25—1%) в количестве 3—5 мл через день. В

упорно протекающих случаях вагинита — смазывание влагалища через уретроскопическую трубку раствором Люголя на глицерине, 10%-ным

протарголом в глицерине через 2—3 дня.

Хроническая гонорея, уретрит. Закапывание в уретру 3—4 капель а протаргола (2%) или нитрата серебра (0,25—0,5%).

Хроническая гонорея, проктит или ректит. Клизмочки с 2-3 % - ным раствором протаргола по 30-40 мл.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА И УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПАТО-ГЕННЫМИ И УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ

Параметры	Бактериальный вагиноз	Гонококковая инфекция	Хламидийная инфекция	Урогенитальн ый трихомониаз	Урогенитальный кандидоз
Клинические проявления:					
выделения из влагалища	Гомогенные беловато-серые, с неприятным запахом	Гнойно-слизистые или гнойные без запаха	Слизисто-гнойные без запаха	Серо-желтые, пенистые, с неприятным запахом	Густые белые творожистые, иногда сливкообразные, с кисловатым запахом
гиперемия слизистых оболочек	Редко	Часто	Преимущественно шейки матки	Часто	Часто
зуд/жжение	Редко	Часто	Редко	Часто	Часто
дизурия	Редко	Часто	Часто	Часто	Редко
диспареуния	Редко	Часто	Часто	Часто	Редко
Микроскопия мазков (U, C, V)	Ключевые клетки	Грамотрицательные диплококки с типичными морфологическими свойствами	Для верификации диагноза не проводится	Присутствие T. vaginalis в клиническом материале	Наличие Candida с преобладанием вегетирующих форм гриба — мицелия и почкующихся дрожжевых клеток
Культуральное исследование	Преобладание G. vaginalis и облигатно-анаэробных видов	N. gonorrhoeae	C. trachomatis	T. vaginalis	Рост колоний Candida в титре более 10 ³ ОЕ/мл

рН вагинального экссудата	>4,5	4,0-4,5	4,0-4,5	Может быть больше 4,5	3,0-4,0
Аминотест	Положительный	Отрицательный	Отрицательный	Может быть положительным	Отрицательный

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА

Оцениваемые параметры	Кандидозный вульвовагинит	Бактериальный вагиноз	Трихомоноз
Симптомы	Зуд, болезненность, изменение характера выделений, диспареуния	Выделения, сопровождающиеся неприятным запахом, диспареуния отсутствует	Гнойные выделения, сопровождаемые неприятным запахом, диспареуния
Физикальные признаки	Эритема, отек вульвы, трещины	Свободные выделения	Гнойные свободные выделения, эритема вульвы и влагалища
		Положительный в 70-80% случаев	
Аминотет	Отрицательный	Положительный в 70-80% случаев	Обычно положительный
Микроскопическое исследование нативного препарата	Соотношение полиморфно-ядерных лейкоцитов (ПЯЛ) и влагалищных эпителиальных клеток (ЭК) < 1; преобладание палочек; плоский эпителий +++; псевдогифы (около 40%)	Соотношение ПЯЛ и ЭК < 1; уменьшение количества палочек; увеличение количества коккобацилл; ключевые клетки (> 90%)	ПЯЛ+++; смешанная флора; подвижные трихомонады (60%)
Микроскопическое исследование влагалищного содержимого	Псевдогифы (около 70%)	Отрицательный результат	Отрицательный результат

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ВАГИНИТАМИ

Инородное тело (оставленный тампон)	Выделения, сопровождающиеся резким, неприятным запахом
Травматический вагинит (домашнее насилие)	Нетипичная локализация эскориаций, рецидивирующие болевые ощущения, диспареуния

Аллергический вульвовагинит	Выраженный зуд, эритема, отек вульвы, анамнестические данные о недавнем применении дезодорантов, спермицидных и моющих средств
-----------------------------	--

7. Задания для итогового контроля занятия:

Контроль итогового уровня знаний:

Инструкция: для каждого вопроса или незаконченного утверждения выберите один правильный ответ.

1. При лечении смешанного гонорейно-хламидийного уретрита наиболее эффективен:

- A. Роцефин;
- B. Таривид;
- C. Доксициклин;
- D. Пенициллин;
- E. Эритромицин

2. При гонорейном уретрите эффективны препараты перечисленных групп, кроме:

- A. Тетрациклина;
- B. Макролидов;
- C. Имидазола;
- D. Фторхинолонов
- E. Цефалоспоринов

3. Какой вид провокации наиболее эффективен при проведении контрольного обследования больного после лечения уретрита:

- A. Химическая;
- B. Механическая;
- C. Алиментарная;
- D. Комбинированная
- E. Биологическая

4. В случае доказанности у пациента трихомонадной природы уретрита лечение следует проводить следующим препаратом:

- A. Тетрациклином;
- B. Таривидом;
- C. Тинидазолом;
- D. Нистатином
- E. Ацикловиром

Инструкция: подберите соответствующие пары "вопрос-ответ".

5. Выберите для каждого возбудителя наиболее информативный метод лабораторной диагностики:

- | | |
|----------------|--|
| 1. Гонококки. | A. Иммунофлюоресценция, ПЦР |
| 2. Хламидии | B. Световая микроскопия с окраской метиленовым синим |
| 3. Трихомонады | C. Посев на питательные среды |
| 4. Уреаплазмы | D. Световая микроскопия с окраской по Грамму |

6. Для каждого возбудителя подберите наиболее характерный инкубационный период:

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. Гонококк | A. 20—30 дней |
| 2. Хламидии | B. 2—3 нед. |
| 3. Трихомонада | C. 3—7 дней |
| 4. Уреаплазма | D. 10—12 дней |

Эталоны ответов: 1. B; 2. C; 3. D; 4. C; 5. 1D, 2A, 3B, 4C; 6. 1C, 3A, 2B, 4D.

8. Список рекомендуемой литературы:

Основная:

- Кожные и венерические болезни. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Триада-Х – 2000 – 657 с.
- Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л. Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.

Дополнительная:

- Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В. Владимирова.- М..1986.

Тема занятия № 13: «Итоговое занятие».

1. Мотивация темы: Знание основ и элементов дерматовенерологии необходимо в ежедневной работе врача любой специальности, поэтому одной из обязательных сторон профессиональной подготовки является умение разбираться в этих вопросах.

2. Цель: Итоговый контроль уровня знаний по основам диагностики и лечению кожных и венерических заболеваний

3. Задачи занятия:

Студент должен знать:

- Принципы и методы диагностики дерматовенерологического больного
- Перечень практических навыков, используемых для диагностики кожных и венерических больных
- Принципы и методы лечения дерматовенерологического больного, включая рецептуру и методику применения основных наружных лекарственных форм

Студент должен уметь:

- Применить полученные практические навыки для диагностики кожных и венерических заболеваний
- Выписать, оформить рецепты и объяснить методику применения основных лекарственных средств, применяемых в дерматовенерологии

Средства необходимые для проведения занятия:

- Билеты для итогового зачетного контроля
- Таблицы и наглядные пособия
- Муляжи
- Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986, 2000.
- Клинические задачи

Базисные знания:

- Раздел по гистоморфологии кожных и венерических болезней
Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Раздел по диагностике морфологических элементов заболеваний кожи
Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Раздел по классификации кожных и венерических болезней
Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.
- Раздел по принципам терапии кожных и венерических болезней
Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

4. Содержание практического занятия:

8.00 – 11.20

При сдаче зачета «Практические навыки» студент выбирает два билета: один из раздела: “практические навыки”, второй – из раздела: “дерматологические рецепты”.

После предварительной подготовки студент описывает и показывает технику выполнения собственно практических навыков, приемы используемые в процессе обследования, лечебных и диагностических манипуляций, объясняет, при каких заболеваниях они применяются.

Затем преподаватель проверяет выписанный студентом рецепт на лекарственное средство, студент рассказывает, при каких заболеваниях оно используется, объясняет способ применения.

После этого студенты решают ситуационные задачи с применением фотографий, рисунков в атласе, слайдов, муляжей. При этом студент должен описать морфологические элементы сыпи, высказать предположение и обосновать диагноз, провести дифференциальную диагностику и назначить лечение, применяющееся при данном заболевании.

В среднем каждый студент затрачивает на ответ 12 минут (из расчета 15 студентов в группе).

11.00 – 11.20 В конце занятия преподаватель сообщает результаты оценки знаний студентов, проводит разбор студенческих историй болезни, дает ответы на вопросы.

5. Блок информации по теме занятия:

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

Воспроизведение псориатической триады

Применение: для диагностики псориаза и дифференциальной диагностики сходных заболеваний.

При поскабливании псориатических папул (бляшек) предметным стеклом отмечается последовательная триада патогномичных морфологических признаков: "феномен стеаринового пятна" - появление большого количества серебристо-белого цвета чешуек, при

поскабливании папул. Это напоминает чешуйки, возникающие при поскабливании капли от стеариновой свечки; "феномен терминальной плёнки" - после полного удаления чешуек появляется блестящая полупрозрачная плёнка; "феномен точечного кровотечения или кровавой росы" (симптом Полотебнова или Ауспитца) - при дальнейшем поскабливании плёнки на её поверхности проступают капельки крови вследствие разрушения капилляров сосочкового слоя дермы.

При парансориазе наблюдаются следующие феномены. Симптом облатки – при осторожном поскабливании папулы чешуйка, покрывающая ее, снимается целиком, не ломаясь, не образуя мелких стружек как при псориазе.

Симптом пурпуры, или симптом Брока, – после удаления «облатки», при продолжении поскабливания, на поверхности папулы возникают мелкие внутрикожные кровоизлияния, не исчезающие при диаскопии.

Воспроизведение симптома "яблочного желе" и симптома Пospelова

Применение: для диагностики люпоидного туберкулёза кожи

Симптом "яблочного желе"

При надавливании предметным стеклом на поверхность туберкулёзного бугорка происходит изменение цвета бугорка. При этом под давлением предметного стекла расширенные сосуды бугорка спадаются, и отчетливо выступает обескровленная желтовато-бурая окраска инфильтрата наподобие цвета яблочного желе.

Симптом Пospelова или «зонда»

Позволяет выявить патогномичный диагностический признак при туберкулёзной волчанке. При легком надавливании пуговчатым зондом на поверхность бугорка он легко погружается в глубину ткани (симптом Пospelова). Для сравнения: при надавливании на здоровую кожу рядом возникающая ямка восстанавливается быстрее, чем на бугорке.

Симптом Никольского П.В. и Асбо-Ганзена

Применение: для диагностики акантолитической пузырьчатки и дифференциальной диагностики буллёзных дерматозов.

1. При потягивании пинцетом за обрывок крышки пузыря происходит отслойка верхних слоёв эпидермиса в виде постепенно суживающейся ленты на видимо здоровой коже.

2. Трение пальцем (скользящее давление) по видимо здоровой коже, как между пузырями, так и в отдалении также довольно легко вызывает отторжение (сдвигание) верхних слоёв эпидермиса.

Примечание. Этот симптом встречается и при других заболеваниях кожи, при которых имеется акантолиз (хронической доброкачественной семейной пузырьчатке и т.д.), но вызывается он только в очаге поражения (краевой симптом Никольского по Н.Д. Шеклакову, 1967).

Вариантом этого симптома является описанный при истинной пузырьчатке G. Asbo-Hansen феномен увеличения площади пузыря при надавливании на его центральную часть.

Исследование на клетки Тцанка

Применение: для диагностики вульгарной пузырьчатки и дифференциальной диагностики буллёзных дерматозов.

При монормфных высыпаниях пузырей на коже и эрозий на слизистой оболочке полости рта неустановленного происхождения применяется метод мазков-отпечатков для возможного выявления акантолитических клеток (Павлова-Тцанка), встречающихся при вульгарной пузырьчатке. Цитологической особенностью истинной пузырьчатки следует считать акантолитические клетки (клетки Тцанка), используемые в качестве диагностического теста. Акантолитические клетки характерны для пузырьчатки, но могут определяться и при других заболеваниях (при герпесе, ветряной оспе, буллезной разновидности болезни Дарье, хронической доброкачественной семейной пузырьчатке и др.).

Техника выявления: кусочек стерильной ученической резинки (но можно также плотно приложить к поверхности эрозии обезжиренное предметное стекло) плотно прижимают к дну

свежей эрозии и переносят на предметное стекло. Обычно делают несколько отпечатков на 3-5 стеклах. Затем их высушивают на воздухе, фиксируют и окрашивают по Романовскому-Гимзе (как обычные мазки крови). Акантолитические клетки имеют размеры меньше обычных клеток, имеют очень крупное ядро интенсивно-фиолетового или фиолетово-синего цвета, занимающего почти всю клетку. В нем заметно два или больше светлых ядрышка. Цитоплазма клеток резко базофильна, вокруг ядра она светло-голубая, а по периферии синяя или темно-фиолетовая («ободок концентрации»). Нередко в клетке имеется несколько ядер. Резко выражен полиморфизм клеток и ядер. Акантолитические клетки могут быть единичными или множественными. Иногда встречаются так называемые «чудовищные клетки», отличающиеся гигантскими размерами, обилием ядер, и причудливыми формами. В начале заболевания акантолитические клетки обнаруживаются не в каждом препарате или вовсе не выявляются, в разгаре болезни их много и появляются «чудовищные» клетки.

Проба Ядассона

Применение: для диагностики герпетиформного дерматита Дюринга и дифференциальной диагностики буллёзных дерматозов.

Проба с йодистым калием (проба Ядассона) в двух модификациях: накожно и внутрь. На 1 см² видимо здоровой кожи, лучше предплечья, под компресс накладывают на 24 часа мазь с 50% йодида калия. Проба считается положительной, если на месте наложения возникает эритема, везикулы или папулы. При отрицательной пробе через 48 часов ее повторяют: теперь мазь наносится на пигментированный участок кожи на месте бывших высыпаний.

При отрицательном результате назначают внутрь 2-3 ст. ложки 3-5% раствора калия йодида. Проба считается положительной при появлении признаков обострения заболевания.

Методика обнаружения чесоточного клеща

Применение: для диагностики чесотки.

Каплю 40% молочной кислоты наносят на чесоточный элемент (ход, пузырьёк и т.д.). Через 5 минут разрыхленный эпидермис соскабливают острой глазной ложечкой до появления капиллярного кровотечения, немного захватывая и прилегающую здоровую кожу. Полученный материал переносят на предметное стекло в каплю молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и сразу же исследуют под малым увеличением микроскопа. Результат считается положительным при обнаружении в препарате клеща, яиц, личинок, опустевших яйцевых оболочек или хотя бы одного из этих элементов.

Исследование чешуек, волос, ногтей на патогенные грибки

Применение: для диагностики дерматомикозов и дифференциальной диагностики сходных заболеваний.

Для исследования на патогенные грибки скальпелем берут соскоб с пораженных участков кожи, преимущественно из периферической их части, где грибковых элементов больше. При дисгидротических высыпаниях забирают пинцетом или срезают кусачками покрывки пузырьков или пузырей, обрывки мацерированного эпидермиса. Волосы из периферической части инфильтративно-нагноительных конгломератов или фолликулярно-узловатых элементов также берут с помощью скальпеля и пинцета. Измененные участки ногтей вместе с подногтевым детритом срезают кусачками.

Для экспресс-диагностики (в течение 1-30 минут) микозов используют быстро просветляющие составы. Так, соскобы с кожи, после обработки 10% раствором дисульфида натрия в этаноле в соотношении 3:1 можно микроскопировать материал через 1 минуту, срезы ногтей - через 5 - 10 минут.

Проба Бальцера (йодная проба)

Применение: для диагностики разноцветного лишая и дифференциальной диагностики сходных заболеваний.

При смазывании пораженных участков и окружающей нормальной кожи 3-5% раствором йода или раствором анилиновых красителей, очаги поражения окрашиваются более интенсивно. Это

связано с большим поглощением красителя за счет разрыхления рогового слоя эпидермиса грибами.

Прописи наиболее часто встречающихся лекарственных форм в дерматологии

Микроскопическое исследование при диагностике сифилиса.

При первичном сифилисе на бледную трепонему исследуют отделяемое шанкров или пунктат регионарных лимфатических узлов; при вторичном сифилисе - материал из различных поражений кожи и слизистых оболочек.

Материал для исследования получают от больного до лечения непосредственно в лаборатории. Для получения материала поверхность язвы протирают ватой, смоченной стерильным изотоническим раствором хлорида натрия, затем дно язвы слегка раздражают стеклянной палочкой или платиновой петлей, предварительно прокаленной на огне и охлажденной. Для большего выделения тканевой жидкости пальцами в резиновой перчатке сдавливают плотное основание язвы.

Исследуемую тканевую жидкость палочкой или петлей вносят в каплю изотонического раствора хлорида натрия на предметном стекле, смешивают, накрывают предметным стеклом и исследуют в оптическом микроскопе с темнопольным конденсором, объективом 40х, окуляром 7х, 10х, или 15х. Между

линзой конденсора и предметным стеклом должна быть капля дистиллированной воды.

Пунктат из лимфатического узла получают в асептических условиях при помощи шприца с толстой иглой, содержащего несколько капель изотонического раствора хлорида натрия. Фиксируя иглу пальцами в лимфатическом узле, ее слегка раскачивают для разрушения окружающей ткани, вводят имеющийся в шприце изотонический раствор хлорида натрия, а затем отсасывают материал для исследования.

Лабораторная диагностика гонореи

Диагностика гонореи основывается на данных анамнеза, клинической картины, обнаружении возбудителя. Решающее значение имеют лабораторные методы исследования. При подозрении на наличие гонококковой инфекции наряду с общепринятыми данными исследуют отделяемое мочеиспускательного канала, парауретральных протоков, секрет предстательной железы, семенных пузырьков, желез и лакун мочеиспускательного канала, промывные воды прямой кишки.

По показаниям исследованию подвергаются соскобы и мазки конъюнктивы глаз, других слизистых оболочек, синовиальной оболочки, синовиальной жидкости и др. В клинической практике для диагностики гонореи чаще применяют бактериоскопические и бактериологические методы.

Для идентификации гонококков используют также реакции иммунофлюоресценции и коагуляции с моно- и поликлональными антителами, иммуноферментный анализ и т.д. Наиболее результативные методы молекулярной биологии: полимеразная цепная реакция, ДНК-ДНК-зондовая гибридизация.

Бактериоскопическое исследование

Наиболее распространенный метод. Гонококки хорошо окрашиваются всеми основными анилиновыми красителями. Чаще всего используют 1% раствор эозина в 60-70° спирте и 1% водный раствор метиленового синего или окрашивают мазки по Граму.

При окраске метиленовым синим интенсивно окрашенные гонококки особенно хорошо видны на бледном фоне лейкоцитов и эпителиальных клеток, протоплазма которых бледно-голубого цвета, ядро — синего цвета. Эта окраска имеет лишь ориентировочное значение при микроскопической диагностике гонореи, поскольку все кокки окрашиваются в синий цвет.

Окраска мазков по Граму: метод основан на свойстве клеточной оболочки гонококка обесцвечиваться спиртом. Кокки, не относящиеся к роду *Нейссерий*, остаются окрашенными. Гонококки в мазке, окрашенном по Граму, ярко-розового цвета и выделяются на бледно-розовом фоне протоплазмы лейкоцитов. При остро протекающем процессе большое количество гонококков находится в лейкоцитах. В более поздних (хронических) стадиях болезни

отделяемое становится скудным и в нем содержится меньше лейкоцитов, гонококки нередко обнаруживаются с трудом. Они могут находиться внутри эпителиальных клеток и простейших (трихомонад), сохраняя свою жизнедеятельность.

Лабораторная диагностика урогенитального хламидиоза

Техника взятия материала: одним из самых ответственных этапов диагностики хламидиоза является забор материала. Оптимальными для персистенции *Ch. trachomatis* и его интенсивного размножения являются определенные участки цилиндрического эпителия мочеполовых путей (передняя уретра на глубине 2,5 - 4,0 см у мужчин). В отличие от принципа забора материала при других передающихся половым путем инфекций больному не следует рекомендовать длительную задержку мочеиспускания. Головку полового члена в области наружного отверстия уретры обрабатывают ватным тампоном, смоченным в изотоническом растворе хлорида натрия. При наличии отделяемого первую каплю свободно стекающих выделений, появляющуюся при надавливании на уретру, удаляют.

Лабораторная диагностика трихомониаза

Существуют три основных метода выявления трихомонад:

1. Исследование неокрашенного свежего препарата (метод впервые предложен Доппе в 1836 г.). Для выявления характерных подвижных трихомонад уретральное отделяемое исследуют под микроскопом в капле изотонического раствора хлорида натрия.
2. Исследование окрашенного препарата. Изучают препараты, окрашенные 0,5 — 1 % водным раствором метиленового синего, по Граму, Романовскому-Гимзе, по Лейшману. Для точной классификации трихомонад весьма существенное значение имеет обнаружение ядра, поскольку фрагменты цитоплазмы, кусочки слизи и отдельные элементы тканей могут окрашиваться одинаково с трихомонадами. В цитоплазме трихомонад могут наблюдаться красновато-коричневые гранулы, что способствует их обнаружению, однако только после идентификации ядер можно сделать заключение, что обнаружены именно эти микроорганизмы.
3. Культуральный метод. Для культивирования трихомонад используют печеночную среду с цистеином, пептином и мальтозой.

Лабораторная диагностика микоплазмоза и уреоплазмоза

Основным лабораторным методом исследования для выявления возбудителя уреоплазменной инфекции является культивирование микроорганизмов на жидких и твердых питательных средах из отделяемого (соскоба) слизистых оболочек мочеполовых органов. Общепринятым для обнаружения *U. urealiticum* и *M. hominis* является бактериологический метод исследования. При этом для определения в клинических образцах уреоплазм наиболее простым является тест на уреазу (цветная проба) в жидкой среде с последующим культивированием на плотной среде и прямой тест - пятно на уреазу с индикатором - сульфатом марганца или посев на плотную среду, содержащую сульфат марганца.

Эти тесты основаны на свойстве уреоплазм расщеплять мочевины с образованием углекислого газа и аммиака, что приводит к изменению рН среды от кислой до щелочной, в результате чего меняется цвет индикатора от лимонно-желтого до зеленого и даже синего.

В последние годы для диагностики микоплазмоза используют метод иммунофлюоресценции, главным образом прямой (ПИФ), основанный на моноклеальных антителах.

РЕЦЕПТЫ:

Rp: Sol. Acidi boricі 2% 500,0
D.S. Наружное. Для примочек.

Rp: Ung. Sulfurati 33% 100,0
D.S. Наружное.

Rp: Zinci oxydi –
Amyli tritici aa 5,0
Vaselini 10,0
M.f. pasta.
D.S. Наружное. Цинковая паста.
Наносить на очаги два раза в день.

Rp: Sol. Furacillini 0,02% 500,0
D.S. Наружное. Для примочек.

Rp: Sol. Aethacridini lactatis 0,1% 500,0
D.S. Наружное. Для примочек.

Rp: Zinci oxydi
Talci
Glycerini –
Aq. destillatae aa 25,0
M.D.S. Наружное, перед применением тщательно взболтать.

Rp: Viridis nitentis 1,0
Spiritus aethylici 70% 50,0
M.D.S. Наружное. Раствор бриллиантового зеленого.

8. Список рекомендуемой литературы:

Основная:

- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Триада-Х. – 2000 – 657 с.
- Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.

Дополнительная:

- Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей, в 2-х томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. Москва, Медицина. - 2004.
- Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 512 с.
- Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под редакцией А.А. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

Методические указания утверждены на заседании кафедры дерматовенерологии КГМУ 31.01.08. протокол №

Юсупова Л.А.

