

Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
на засіданні кафедри
внутрішніх хвороб та
медицини невідкладних
станів з шкірними та
венеричними хворобами
протокол №1 от 28.08.2019
Зав. курсом, к.мед. н., доц.
_____ Попова І.Б.

Методичні рекомендації для самостійної підготовки студентів
під час підготовки до практичного заняття

Навчальна дисципліна	Дерматологія, венерологія
Модуль №1	Дерматовенерологія
Тема заняття №6	Кератомікози та кандидомікози. Клінічний перебіг, діагностика та лікування.
Курс	IV
Факультет	Медичний

Змістовний модуль №1

Тема: Керато- та кандидомікози.

1.Актуальність теми:Актуальність вивчення мікозів шкіри обумовлена багатьма факторами. Грибкові захворювання шкіри (мікози) є широко розповсюдженою групою дерматологічної патології. За сучасними даними НА дерматомікози страждає 20-25% населення земної кулі. Вражаючи осіб будь-якого віку, мікози є одним з найбільш частих захворювань шкіри робочих промислових підприємств, шахт, військовослужбовців, спортсменів, призводять до довгострокової непрацездатності. Тривалий хронічний перебіг багатьох мікозів супроводжується алергізацією організму й створює сприятливий фон для розвитку інших захворювань.**Мета заняття:** вміти запідозрити мікози шкіри й намітити тактику ведення хворого.

2.Конкретні цілі:

1. Зібрати та проаналізувати скарги, анамнез життя і захворювання пацієнта з грибковим ураженням шкіри
2. Вибрати й проаналізувати зі скарг хворого, даних анамнезу життя й захворювання, об'єктивного дослідження пацієнта симптоми й синдроми, що відбивають наявність грибкового захворювання шкіри.
3. На підставі скарг, анамнезу, додаткового обстеження та об'єктивних даних захворювання встановити попередній діагноз грибкового захворювання шкіри.
4. Скласти схему діагностичного пошуку при грибкових захворюваннях шкіри, трактувати ці дані.
5. Визначити необхідний обсяг і послідовність методів обстеження, інтерпретувати результати
6. Зробити забір матеріалу для бактеріоскопічного дослідження
7. Поставити заключний діагноз і визначити тактику ведення хворого з грибковими захворюваннями шкіри
8. Вибрати основні заходи індивідуальної й суспільної профілактики при мікозах шкіри

3.Базові знання, вміння, навички для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. КАФЕДРА МІКРОБІОЛОГІЇ 2. КАФЕДРА ФАРМАКОЛОГІЇ 3. КАФ.ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ 4. КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ	• Шляхи передачі захворювання • Знаходження пат. грибів в патологічному матеріалі (зішкріб, мікроскопічне дослідження) • Диференціювати збудників мікроспорії, трихофітії. епідермофітії,

	<p>рубромікозу, кандидозу</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обґрунтувати вибір основних груп фармакотерапевтичних засобів при грибкових захворюваннях шкіри • Збирати та оцінювати скарги, анамнез, дані об'єктивного обстеження хворого з мікотичним ураженням шкіри <ul style="list-style-type: none"> • Виділяти патогномонічні симптоми та типові клінічні ознаки (та інші), та на їх основі встановлювати діагноз • Організація та проведення протимікотичних профілактичних заходів.
--	--

4.Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

ТЕРМІН	ВИЗНАЧЕННЯ
Мікози (грибкові захворювання шкіри)	- обумовлені патогенними грибами, які викликають у людини ураження шкіри, її придатків, а іноді внутрішніх органів. За частотою мікози посідають друге місце серед усіх шкірних хвороб. За даними ВОЗ у третини населення спостерігаються мікози. Найчастіше зустрічаються мікози ступнів, в тому числі оніхомікози, і кількість цих уражень постійно збільшується.
У патогенезі мікозів відіграють певну роль такі чинники:	
1) вік:	а) на мікроспорію хворіють переважно діти, у яких шкіра виділяє менше жирних кислот, що мають фунгіцидні властивості; б) мікози ступнів домінують у старшому віці (у похилому віці ними страждає до 80% людей), чому сприяють гіпогідроз, варикоз, атеросклероз, імунодепресивні стани,

	часте вживання ліків;
2) стать:	- хронічна трихофітія частіше трапляється у жінок (тонке волосся, вплив естрогенів);
3) порушення вуглеводного обміну	- цукровий діабет, при цьому збільшується концентрація цукру не тільки в крові, а й у шкірі, слизових оболонках;
4) дисбактеріоз,	- внаслідок широкого вживання антибіотиків, які пригнічують мікрофлору, що протидіє розвитку дріжджових грибків; зокрема, тетрацикліни сприяють злуценню епітелію слизових оболонок, створюючи вхідні ворота для дріжджових грибків
5) зниження імунологічної реактивності організму	- внаслідок широкого застосування кортикостероїдів, цитостатиків, на тлі СНІДу тощо;
6) місцеві чинники:	- хімічний склад поту, травматизація, гіпостаз тощо.
Резервуаром інфекції є:	- хвора людина (<i>антропонозні мікози</i>), - хворі тварини (<i>зооантропонозні мікози</i>), - ґрунт (<i>геофільні мікози</i>).
Розрізняють:	
Кератомікози	- грибковий процес розвивається у роговому шарі епідермісу та на поверхні кутикули волосся, а запальні явища у нижче розташованих шарах відсутні або слабо виражені (різнобарвний лишай).
Дерматофітії	- захворювання, що викликаються нитковими грибами роду Epidermophyton, Trichophyton, Microsporum, які уражують епідерміс, усі шари дерми, волосся та нігті (пахвинна епідермофітія, епідермофітія ступнів, руброфітія, трихофітія, мікроспорія).
Кандидоз	- захворювання шкіри, слизових оболонок та внутрішніх органів, яке

	викликається грибами роду <i>Candida</i> (кандидоз поверхневий, хронічний генералізований, вісцеральний).
Глибокі мікози	- поєднують ураження шкіри та внутрішніх органів; найбільш поширені у тропічних та субтропічних зонах (кокцидіоз, гістоплазмоз, хромомікоз, споротріхоз, аспергильоз, мукороз, пеніциліоз, міцетома, бластомікози).
Псевдомікози	- поверхневі та глибокі ураження негрибкової природи (еритразма, трихонокардіоз, актиномікоз, нокардіоз).
Кандидоз	- грибкове ураження шкіри, слизових оболонок та внутрішніх органів, яке викликається грибами . Захворювання відомо ще з давнини. Особливо кандидоз поширений в тропіках та субтропіках
Збудник	<i>Candida albicans</i> , іноді – <i>Candida tropicalis</i> , <i>C. pseudotropicalis</i> (більше 100 видів). Гриби цього роду відносять до умовно – патогенних мікроорганізмів, в якості сапрофітів вони широко розповсюджені у природі, знаходяться на шкірі, слизових оболонках та калі п'ятої частини здорових людей. Кандидозом хворіють не тільки люди, а й птахи, скот, домашні та дикі тварини.
Джерело зараження	1) хвора людина (поцілунок, статевий контакт, інфікування плода при пологах), 2) активування кандидозної флори, яка є в організмі в мікробних асоціаціях (розвиток вторинного кандидозу при пневмонії, туберкульозі, неоплазмах).

	вологий клімат, мацерації, порушення правил гігієни, а також імунodefіцитний стан, ендокринопатії, гіповітамінози, обмінні порушення, хронічні хвороби. Використання антибіотиків, цитостатиків, вплив факторів, які знижують резистентність організму.
Класифікація кандидозу	
1. Кандидоз слизових оболонок :	<p>1.1. Поверхневий кандидоз слизових оболонок:</p> <p>а) дріжджовий глосит (псевдомембранозний, атрофічний, гіперпластичний) ;</p> <p>б) дріжджовий стоматит (молочниця);</p> <p>в) кандидоз мигдалин;</p> <p>г) кандидоз кутів рота (заїда);</p> <p>д) кандидоз піхви (вагініт, вульвовагініт)</p> <p>1.2. Глибокий кандидоз слизових оболонок (езофагіт, кандидоз трахеї, бронхів, цистит)</p>
2. Кандидоз шкіри :	<p>2.1. Кандидоз вологої шкіри :</p> <p>а) інтертрігінозний кандидоз (дріжджова попрілість);</p> <p>б) міжпальцева дріжджова ерозія;</p> <p>2.2. Кандидоз шкіри статевих органів:</p> <p>а) баланіт, баланопостіт;</p> <p>б) вульвіт</p> <p>2.3. „Пов’язковий” кандидоз</p> <p>2.4. Пелюшковий кандидоз</p>
3. Кандидоз нігтів та нігтьових валиків:	3.1 Дріжджова онихія та пароніхія
4. Вісцеральний кандидоз	
5. Хронічний генералізований кандидоз	
Дріжджовий глосит –	- найбільш часта форма ураження слизової оболонки рота у дітей. Він може тривало існувати ізольовано, особливо у осіб зі складчастим язиком.

Кандидоз гострий псевдомембранозний	- у продромальном періоді характеризується появою гіперемії, сухості слизової оболонки язика (нерідко і інших ділянок ротової порожнини), а потім білого крапкового нальоту на спинці язика, який легко знімається при зшкрябуванні шпателем та оголює гладку, трішки набряклу червону поверхню. У подальшому весь язик збільшується за рахунок набряку, вкривається нальотом, який набуває жовтуватого або сіруватого кольору. У тяжких випадках глоситу нальоти стають грубими, щільними, важко видаляються, після чого оголюється ерозована та кровоточива поверхня
Хронічний гіперпластичний кандидоз	- характеризується появою на гіперемованій слизовій оболонці крупних білих папул, які можуть зливатись у бляшки (по формі нагадують плоску лейкоплакію). При зішкрябуванні нальот знімається лише частково;
Гострий атрофічний кандидоз	- слизова оболонка спинки язика набуває малиново – червоного кольору, стає болючою, сухою, блискучою з атрофією ниткових сосочків. Білувато – сірий нальот є тільки по периферії , на бічних поверхнях язика та у складках, він важко знімається.
Хронічний атрофічний кандидоз	- локалізується на протезному ложі. Клінічно – гіперемія, сухість слизової оболонки, поодинокі крапкові нальоти
Диференціюють	з десквамативним глоситом.
Дріжджовий стоматит(молочниця)	- характеризується появою білого нальоту на різних ділянках слизової оболонки рота. На початку захворювання з'являються білі крапки (скипіле молоко) розташовані на незмінній слизовій оболонці, у подальшому крапкові вогнища

	зливаються, утворюючи суцільний нальот, який потім пронизується фібрином та набуває вигляду жовтувато – сірих плівок, які важко зішкрябаються шпателем, після чого оголюється гіперемійована ерозивна кровоточива поверхня.
Диференціюють	від лейкоплакії, червоного плоского лишаю.
Кандидоз піхви (вагініт, вульвовагініт)	- характеризується гіперемією слизової оболонки з появою білого нальоту та утворенням поверхневих ерозій, а також наявністю білуватих крихтоподібних виділень. Відчувається свербіж, печіння.
Диференціюють	- від трихомонадного вагініту, бактеріального вагініту, червоного плоского лишаю.
Інтертрігінозний кандидоз (дріжджова попрілість)	- частіше зустрічається у дітей та у людей похилого віку, особливо у повних жінок. Локалізується переважно у природних складках пахвинної ділянки, під грудьми у жінок, навколо анусу і зовнішніх статевих органів. Ділянки шкіри у вогнищах ураження яскраво – червоного кольору з чіткими межами. На вологій шкірі з'являються плоскі, в'ялі пухирці і пустули, які швидко лопаються й ерозуються. По периферії вогнища ураження оточені підритим обідком відшарованого епідермісу. Ерозії червоного кольору з блискучим лівідним відтінком, фестончатими обрисами. Зливаючись, ерозії утворюють великі ділянки з гірляндоподібними обрисами. Поширюється процес внаслідок появи нових висипів по периферії старих вогнищ ураження.
Диференціюють	- з попрілістю, псоріазом шкірних складок, еритразмою
Міжпальцева дріжджова ерозія	- виникає між III и IV пальцями кистей (на перехідній складці і бічних поверхнях основних фаланг), частіше

	у осіб, які працюють у кондитерському виробництві, робітників плодо – овочевих баз. Починається з розвитку в'ялих пухирців, які лопаються, утворюючи м'ясо–червону ерозію з помірно мокнучою, гладкою, блискучою поверхнею і чіткими межами. Шкіра набуває яскраво – червоного кольору. Нерідко в глибині міжпальцевої складки є тріщина. Відчувається свербіж, печіння.
Диференціюють	з коростою
Баланіт, баланопостіт	- характеризується подразненням голівки статевого члену, утворенням на внутрішньому листку крайньої плоті та на голівці статевого члену нальоту білого кольору та ерозивних поверхонь. Відчувається біль, печіння.
Диференціюють	- з псоріазом, сверблячими дерматозами.
Вульвіт	- характеризується білями, печінням, свербіжем. Сечовипускання болюче, часте.
„Пов'язковий” кандидоз	- характеризується почервонінням, свербіжем, мокнуттям під оклюзійною або гіпсовою пов'язкою , а у важких хворих - на шкірі спини.
Пелюшковий кандидоз	- виникає у дітей, яких турбує печіння, біль при сечовипусканні, дефекації, зміні підгузника. Диференціюють з дифузним нейродермітом, псоріазом, простим контактним дерматитом, себорейним дерматитом.
Дріжджова оніхія та пароніхія	- починається з валика нігтя. Характеризується набряком, інфільтрацією, гіперемією (спочатку обмеженою), а потім поширюється на весь нігтьовий валик. Він набухає, немов нависає над нігтем, зникає піднігтьова пластинка. При натискуванні на валик виділяється

	<p>крапля гною. Процес переходить на ніготь, який втрачає блиск, стає тьмяним і відокремлюється від ложа. Біля країв нігтя виникають вогнища бурувато – коричневого кольору, які при зскрібанні легко кришаться, нерідко утворюючи дефекти півмісяцевої форми. Поверхня нігтя стає нерівною, вкривається поперечними борозенками буруватого кольору, потовщується.</p>
Диференціюють	<p>- з дерматофітією нігтів, стафілококовою пароніхією, герметичним панарицієм.</p>
Вісцеральний кандидоз	<p>- як правило вражуються органи травлення та дихання. У хворих знаходять ознаки гастриту, вони скаржаться на зниження апетиту, схуднення, відчуття печіння язика, губ, дисфагію, метеоризм, порушення стулу. При ураженні органів дихання у хворих відмічається бронхіт, вони скаржаться на кашель з мокротою, відчуття недостатку повітря, постійний субфібрилітет. Як правило, у таких хворих знаходять порушення з боку ендокринних органів.</p>
Хронічний генералізований кандидоз	<p>- розвивається у осіб з імунodefіцитним станом та ендокринопатіями. Починається у ранньому віці з кандидозу слизової оболонки рота, глоситу, макрохейлії. Потім приєднуються оніхії та пароніхії, вражається гладка шкіра тулуба, кінцівок, волосистої ділянки голови. Вогнища на шкірі гіперемійовані, інфільтровані з наявністю пластинчатого лущення, папул, горбиків. У таких хворих часто спостерігаються пневмонії, гастрити, гепатити.</p>
Діагностика	<p>- базується на клінічних проявах з урахуванням результатів мікроскопії або посіву.</p>

Диференціюють	- від туберкульозу, бластомікозу легень, інших вісцеральних мікозів.
Лікування:	- призначають патогенетичну, етіотропну та симптоматичну терапію. Призначають ністатин, леворин (курсом по 6-8 млн. ОД на добу протягом 2-3 тижнів з перервою 7 днів між курсами), ламізил, орунгал, мікогептин, нізорал та флюконазол по схемах. У тяжких випадках (вісцеральна форма в / в амфотерицин Б по 250 ОД на 1 кг ваги курсом до 2 млн. ОД).
Місцево:	- змашування вогнищ уражень 1-2% розчином йоду, аніліновими барвниками, левориновою маззю, 3% саліциловою маззю, фукорцином, 1% клотримазол-крем, похідні тріазолу та імідазолу.
Онїхомікоз	- (ураження нігтів). У хворих на рубромікоз є тенденція до множинного ураження нігтів ступнів і кистей. Розрізняють три варіанти онїхомікозів.
Нормотрофічний:	- конфігурація і товщина нігтьових пластинок тривалий час не змінена, проте з'являються смуги і плями білого чи жовтого кольору, які схильні до злиття.
Гіпертрофічний:	- ніготь стає тьмяним, потовщується, кришиться по краю, може набути форми дзьоба чи кігтів (онїхогрифоз).
Атрофічний:	- більша частина нігтя зруйнована, кришиться, іноді ніготь відділяється від ложа за типом онїхолізісу.
Діагностика	- Враховують: 1) клінічні прояви хвороби з одночасним ураженням ступнів, нігтів, кистей; 2) схильність вогнищ до периферійного росту, групування, утворення напівкілець, дуг із щільним запальним, іноді переривчастим валком по периферії;

	<p>3) гіперпигментація вогнищ і лущення; 4) суб'єктивно — сверблячка; 5) хронічний перебіг із загостренням в теплу пору року, на тлі лікування антибіотиками, кортикостероїдами, цитостатиками; 6) мікроскопічне і мікологічне дослідження. Питання встановлення діагнозу руброфітії вирішують лабораторні дослідження на наявність грибів у лусочках шкіри та нігтях.</p>
Диференціальна діагностика	<p>-проводиться залежно від клініки і локалізації процесу. З епідермофітією, трихофітією, кандидозом, екземою, псоріазом, парапсоріазом, дискоїдними червоним вовчаком, себореїним і периоральним дерматитом, нейродермітом тощо; оніхомікоз відрізняють від червоного плоского лишая, псоріазу нігтів, уражень нігтів синегнійною паличкою. Вирішальними є позитивні результати мікологічних досліджень, іноді можна застосовувати пробну антимікотичну терапію протягом 7-10 днів з оцінкою її результатів. Слід зважити і на той факт, що хворі часто до встановлення діагнозу займаються самолікуванням з використанням кортикостероїдних мазей із сильною протизапальною дією, що тимчасово усуває сверблячку, зменшує запальні явища, справляючи враження позитивного ефекту, але й змінює клініку мікозу, сприяє поширенню процесу і розвитку фолікулярно-вузлуватих форм, утруднює діагностику.</p>
Лікування.	<p>При ураженні шкіри тулуба, обличчя, складок, сідниць, гомілок і наявності окремих вогнищ, а також кистей і ступнів без вираженого гіперкератозу</p>

	і оніхомікозу при наявності гострих запальних явищ призначають гіпосенсибілізуючі, антигістамінні, седативні препарати.
Місцево	- дезинфікуючі примочки (з нітратом срібла, резорцином, калію перманганатом); після зникнення гострозапальних явищ - анілінові барвники, 2 % настойку йоду та антимікотичні пасти та мазі з мікозолоном, міконіом, клотримазолом, тридерм, ламізил, нізорал, толміцен, мікоспор, батрафен. Терапія має бути тривалою, до 4 - 6 тижнів, при ураженні підощв, долонь до 2 - 3 місяців, до повного зникнення об'єктивних і суб'єктивних симптомів, негативних даних лабораторних аналізів на гриби.
При наявності вираженого ороговіння на підощвах, долонях	- перший етап лікування полягає у відлученні рогових нашарувань, оскільки крізь них не проникає мазь і результати лікування будуть незадовільними. Це досягається накладанням на ороговілі ділянки після теплих ніжних ванночок 20 % саліцилової мазі (чи інших кератолітичних засобів) під целофанову плівку, при цьому слід захищати здорові ділянки шкіри від опіків, змащуючи їх цинковою пастою чи маззю. Ця процедура виконується кілька днів поспіль до повного розм'якшення рогових нашарувань і видалення їх механічним зішкрябуванням, а далі використовуються названі вище мазі.
При наявності у хворого множинних вогнищ уражень чи генералізованого рубромікозу (з оніхомікозом)	- призначають протигрибкові антибіотики усередину: грізеофульвін, нізорал або тербінафін (ламізил), орунгал. Також доцільне

	призначення імуномодуляторів, полівітамінів, засобів, що нормалізують метаболічні процеси та корегують ендокринні порушення. -
Профілактика	- Громадська: гігієнічне утримання і регулярна дезінфекція лазень (підлоги, гумові підстілки, килимки, миски для миття тощо), душових, басейнів, профілактичні огляди обслуговуючого персоналу, санітарно-просвітня робота. Особиста: користування тільки своїм взуттям, дотримання гігієни ступнів, лікування підвищеної пітливості.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Особливості клінічної картини грибкових захворювань шкіри:

а) кератомікозів: висівкоподібний лишай;

б) дерматофітій:

- епідермофітія пахова;
- епідермофітія стоп;
- руброфітія;
- трихофітія (антропонозна, зоонозна);
- мікроспорія (антропонозна, зоонозна);

в) кандидозів:

г) псевдомікозів:

- еритразма.

2. Методи лабораторної та інструментальної діагностики грибкових захворювань шкіри.

3. Диференціальна діагностика грибкових захворювань шкіри та установлення попереднього діагнозу мікозів шкіри.

4. Тактика лікування й профілактики грибкових захворювань шкіри.

4.3. Практичні роботи, які виконуються на занятті:

Практичне заняття починається з участі студентів в ранковому огляді хворих у відділеннях. Звертається увага студентів на важких пацієнтів та на тематичних хворих.

Далі шляхом тестового контролю визначається початковий рівень підготовки студентів до практичного заняття.

Самостійна робота студентів під керівництвом викладача включає: курацію тематичних хворих (опитування, огляд, фізикальне обстеження хворих, знайомство з даними обстеження, постановка діагнозу, призначення лікувальних та профілактичних заходів, вирішення питань лікувально-трудової експертизи); вирішення ситуаційних задач.

Після закінчення самостійної роботи студентів проводиться її аналіз і корекція. Клінічний розбір тематичних хворих включає доповідь студентів про скарги хворих, анамнез, дані лабораторних і інструментальних досліджень, диференційний діагноз, остаточний діагноз та ускладнення. Студенти обговорюють лікування, питання тактики, профілактики, лікувально-трудової експертизи, реабілітації хворих з грибковими ураженнями шкіри.

В кінці заняття проводиться підсумковий тестовий контроль. Оцінюється робота студентів, обговорюються результати. Підводиться підсумок заняття.

Матеріали для самоконтролю

Завдання № 1

До дерматолога звернулася швачка зі скаргами на сверблячі висипання у великих складках шкіри протягом 2 місяців. Страждає на цукровий діабет. Об'єктивно: у паховій області й під молочними залозами волога еритема із чіткими фестончатими краями та вінчиком рогового шару, що відшарувався. На її поверхні - множинні яскраво-червоні ерозії, місцями з білим нашаруванням. Лікар запідозрив кандидоз.

Які дані анамнезу свідчать на користь цього?

- A. Тривалість захворювання.
- B. Вік.
- C. Стать.
- D. Супутня патологія.
- E. Професія.

Завдання №2

Спортсмен 25 років скаржиться на висипання на тулубі без суб'єктивних відчуттів. Хворіє 2 роки. Об'єктивно: на шкірі грудей і міжлопаткової області є множинні білі й кольору кави з молоком плями діаметром від 0,7 до 1,5 см з висівкоподібним лущенням. Лікар запідозрив різнобарвний лишай.

Який діагностичний метод дозволить підтвердити це?

- A. Подряпування.
- B. Дослідження дермографізму.
- C. Проба Бальцера.
- D. Дослідження м'язово-волоскового рефлексу
- E. Дослідження симптому Нікольського.

Завдання №3

Батьки звернули увагу на появу в 5-літнього сина порідіння волосся на потилиці. Улітку, місяць назад, відпочивав у бабусі, грав із бродячим собакою. Об'єктивно: на шкірі потиличної області є 2 вогнища округлої форми розміром з 5-копійчану монету, у яких все волосся обламане на рівні 6 мм, шкіра у вогнищах набрякла, гіперемована, вкрита сірими лусочками. Лікар запідозрив мікроспорію.

Який провідний симптом при цьому?

- A. Округлі вогнища з 5-копійчану монету
- B. Волосся обламане на однаковому рівні.
- C. Набрякла гіперемована шкіра у вогнищах.
- D. Сірі лусочки у вогнищах.
- E. Вогнища в потиличній області.

Завдання №4

Спортсмен 25 років скаржиться на висипання на грудях, спині протягом року. Об'єктивно: на шкірі грудей, спини - множинні рожево-коричневі плями, з лущенням, місцями зливні, позитивна проба Бальцера. Лікар запідозрив висівкоподібний лишай.

Який вид гриба є збудником даного захворювання?

- A. *Trichosporon hortai*.
- B. *Trichosporon Beigellii*.
- C. *Pityrosporum orbiculare*.
- D. *Epidermophyton floccosum*.
- E. *Trichophyton mentagrophytes*

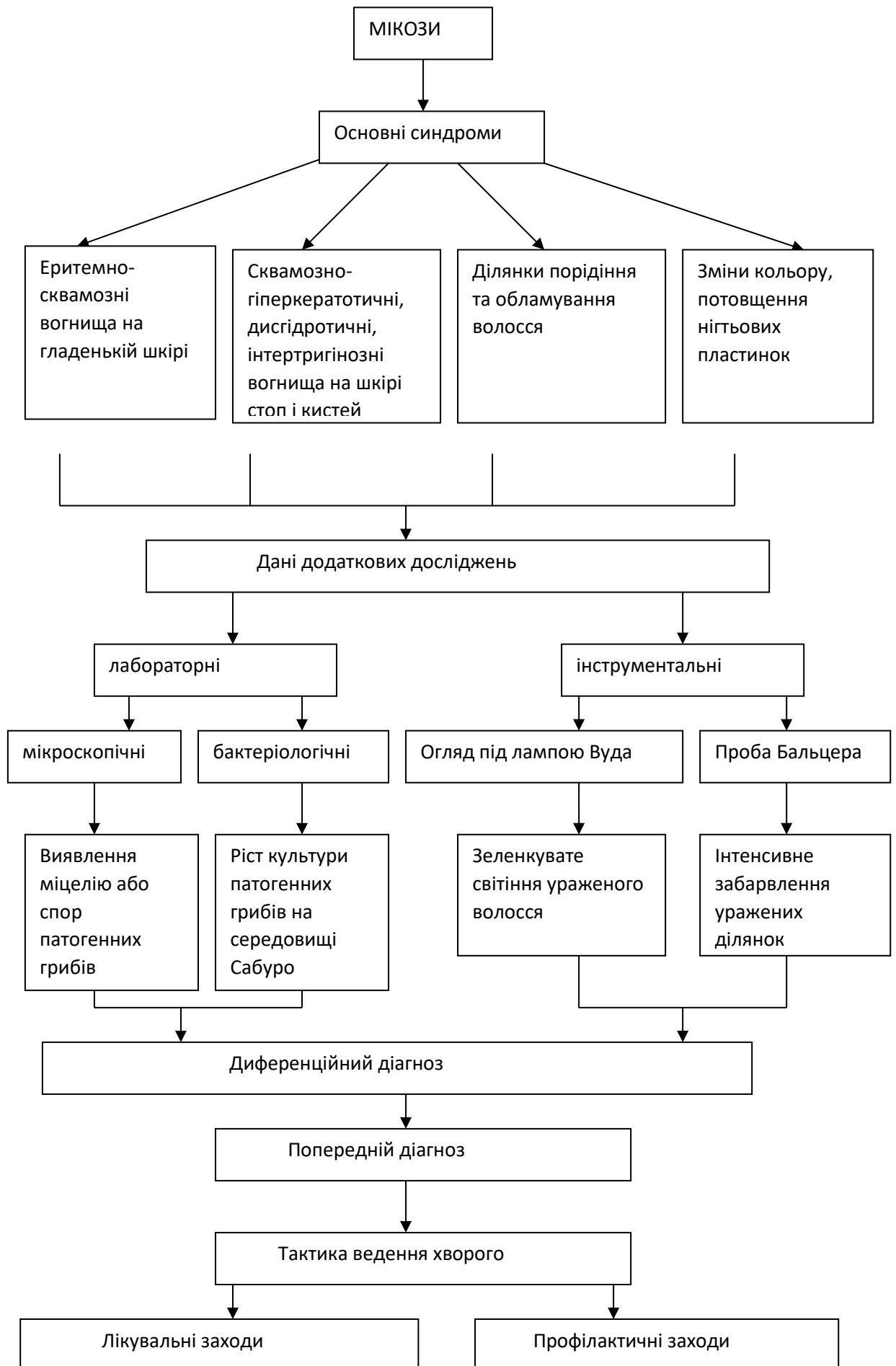
Завдання №5

Балерина скаржиться на зміну шкіри між пальцями ніг після надягання чужих пуант, свербіж. Об'єктивно: в 3 й 4 міжпальцевих складках стоп гіперемія, незначне лущення. Лабораторно виявлені нитки міцелію. Лікар запідозрив епідермофітію стоп.

Які зовнішні засоби варто запропонувати хворому?

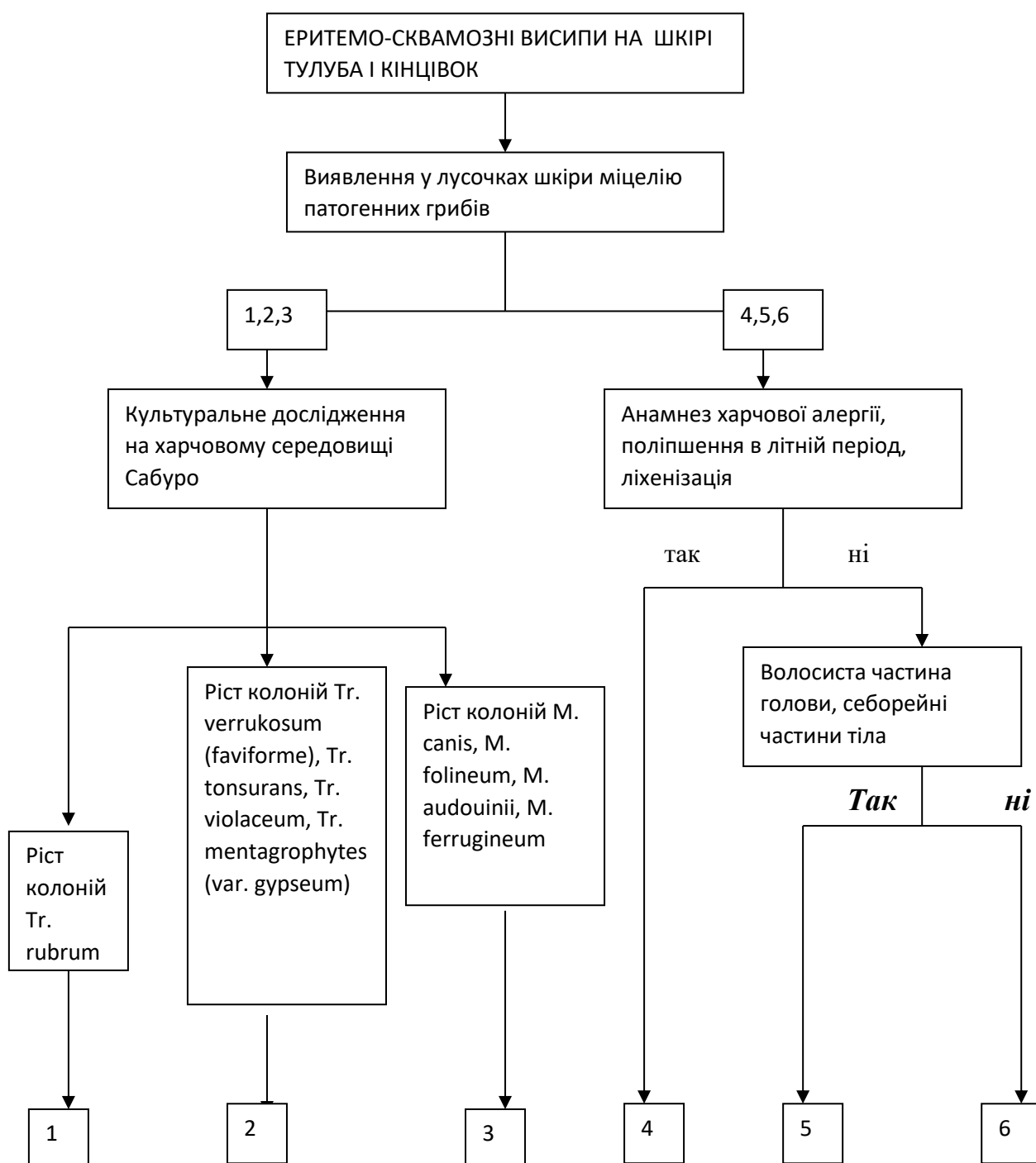
- A. Протисвербіжні мазі з місцевими анестетиками.
- B. Антибактеріальні мазі.
- C. Кортикостероїдні мазі.
- D. Протизапальні нестероїдні мазі.
- E. Фунгіцидні мазі.

Граф логічної структури теми “Мікози”



Диференційний алгоритм до теми “Мікози”

1. еритемо-сквамозна форма рубромікоза
2. трихофітія гладенької шкіри
3. мікроспорія гладкої шкіри
4. атопічний дерматит
5. себорейна екзема
6. еритемо-сквамозна стрептодермія



Література

Основна:

- 1.Скрипкин Ю.К. Шкірні і венеричні хвороби: Навчальний посібник для студентів педіатричних факультетів медичних інститутів - М.: Тріада, 2000, - 688с.
- 2.Адаскевич В.И. Захворювання, що передаються статевим шляхом. - Вітебськ: Вітебський медичний інститут, 1997. - 310с.
- 3.Зудин Б.И. Шкірні і венеричні хвороби. - М.: Медицина, 1990 214с.

Додаткова:

- 1.Айзятулов Р.Ф. Сифіліс. - Донецьк: Донеччина, 1998. - 227С.
- 2.Венеричні хвороби // Керівництво для лікарів - під ред. О.К. Шапошникова. - М.: Медицина, 1992. - 554с.

Електронні ресурси:

- 1.[http:// www.umsa.edu.ua](http://www.umsa.edu.ua)
- 2.[http:// www.compedium.com.ua](http://www.compedium.com.ua)
- 3.<http://ukrmed.org.ua>
- 4.[http:// www.derma - don.org.ua](http://www.derma-don.org.ua)
- 5.[http:// www.medicina.kharkov.ua](http://www.medicina.kharkov.ua)

Методичні рекомендації підготував
доц. мед.н., асистент

_____Емченко Я. А.