

**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 №7	Дерматофітії. Клінічний перебіг, діагностика та лікування.
Курс	IV
Факультет	Медичний

## Змістовний модуль №1

### Тема: Дерматофітії

**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
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. КАФЕДРА МІКРОБІОЛОГІЇ</li> <li>2. КАФЕДРА ФАРМАКОЛОГІЇ</li> <li>3. КАФ.ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ</li> <li>4. КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Шляхи передачі захворювання <ul style="list-style-type: none"> <li>• Знаходження пат. грибів в патологічному матеріалі (зішкріб, мікроскопічне дослідження)</li> <li>• Диференціювати збудників мікроспорії,</li> </ul> </li> </ul>

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

#### 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:

<b>Мікроспорія.</b> <b>Зоонозна мікроспорія.</b>	Викликається <i>Microsporum canis</i> , <i>s.lanosum</i>
<b>Джерело зараження</b>	- коти (до 90%), особливо кошенята, які можуть бути носіями гриба без клінічних проявів, рідше собаки. У 80-85% випадків заражаються при безпосередньому контакті із хворими тваринами або речами, інфікованими шерстю, лусочками шкіри хворих тварин.
<b>Контагіозність значна.</b>	Від хворих людей заражаються рідко (3-5%). Інкубаційний період 3-7 днів..
<b>Клініка</b>	На гладкій шкірі з'являються множинні червоні плями круглої форми з чіткими межами, які схильні до периферійного росту. Поверхня плям вкрита лусочками. По краю вогнищ більш виражений запальний валік із вузликами, окремими везикулами. Вогнища ураження є як на відкритих ділянках шкіри, так й на

	закритих ділянках, іноді вражаються борода, вуса, брова та вії. При подразненні можуть виникати мікіді - алергічні висипи у вигляді еритематозно – сквамозних плям або ліхеноїдних вузликів
<b>На волосистій ділянці голови</b>	- з'являються 1 - 2 крупних округлих вогнища обламаних волосків на висоті 5 - 8 мм з чіткими межами та рясним висівкоподібним лущенням, наче ділянка викошеної трави. Ці вогнища дають багато „відсівів” – маленьких вогнищ по периферії. У хворих можуть збільшуватись шийні, потиличні, завушні лімфатичні вузли. Рідко спостерігаються інфільтративні і гнійні форми типом керіона, нігті уражаються дуже рідко
<b>Діагностика</b>	- базується на основі клінічної картини, епідеміології, специфічного саява волосся в променях лампи Вуда, мікроскопічного дослідження з виділенням культури збудника.
<b>Диференціюють</b>	- від антропонозної мікроспорії, трихофітії, себореїної екземи, рожевого лишая Жибера.
<b>Лікування</b>	- як і антропонозної мікроспорії
<b>Профілактика</b>	- відлов бездомних кішок, собак, обстеження домашніх тварин і членів сім'ї під люмінесцентною лампою. У дитячих колективах карантин 2 тижні. Ізоляція та лікування хворих.
<b>Антропонозна мікроспорія</b>	Викликається <i>Microsporum audouinii</i> , <i>Microsporum ferrugineum</i> .
<b>Джерело зараження</b>	- хворі, зараження відбувається при безпосередньому контакті із хворими або через предмети (капелюхи, одяг, гребінці тощо). Хворіють переважно діти (90%). Хвороба дуже контагіозна. Інкубаційний період 4 - 6 тижнів
<b>Клініка</b>	На гладкій шкірі запальні плями червоного кольору круглої форми, чітко обмежені (як печатка), схильні

	до периферійного росту, на поверхні лущення, по периферії вузлики, везикули. Згодом утворюються концентричні кільця, а при злитті вогнищ — чудернацькі фігури.
<b>На волосистій частині голови</b>	- невеличкі плями слабо запального характеру із лущенням на поверхні, схильні до розміщення по краю волосистої частини голови, злиття з утворенням ділянок з поліциклічними обрисами. У вогнищах волосся обламується на висоті 6-8 мм.
<b>Діагностика:</b>	1) клінічні особливості; 2) виявлення міцелію в лусочках, спор на волосках по типу «ектотрікс»; 3) зелене свічення в променях люмінесцентної лампи.
<b>Диференціюють</b>	з зоонозною мікроспорією, трихофітією, фавусом, себорейним дерматитом, рожевим лишаєм Жибера.
<b>Лікування</b>	У випадках із множинними вогнищами (більш 3-х) на шкірі або ураження волосистої частини голови призначають антимікотики всередину (грізеофульвін у добовій дозі 22 мг /кг, нізорал) під лабораторним контролем (до отримання першого негативного аналізу на гриби при щоденному обстеженні) протягом 2-х тижнів, потім препарат призначають через день, а в подальшому 2 рази на тиждень до зникнення клінічних проявів та 3-х негативних аналізів. Поодинокі вогнища на гладкій шкірі змащують 2-5% розчином йоду, мікосептину, мікозонолону, нітрофунгіном зранку, 3% або 10% сірчаною маззю ввечері, офіційними протигрибковими мазями 2-3 тижні. Волосся збивають, можуть призначатись ламізіл, орунгал
<b>Профілактика:</b>	- ізоляція, лікування хворих, профілактичні огляди в дитячих

	колективах, дезінфекція одягу і предметів, якими користувалися хворі.
<b>Трихофітія. Антропонозна трихофітія</b>	викликається <b>trichophyton tonsurans, s. crateriforme, T.violaceum.</b>
<b>Джерело зараження:</b>	- хворі на трихофітію.
<b>Шляхи зараження:</b>	- безпосередній контакт із хворим або через предмети (гребінці, капелюхи, рукавички, білизна тощо).
<b>Клініка.</b>	
<b>Виділяють 3 форми цієї трихофітії:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– поверхневу трихофітію гладкої шкіри,</li> <li>– поверхневу трихофітію волосистої частини голови;</li> <li>– хронічну трихофітію.</li> </ul>
<b>Поверхнева трихофітія гладкої шкіри</b>	- характерні запальні плями круглої чи овальної форми червоного кольору із лущенням у центрі, по периферії більш виражений набряклий валик із вузликами, везикулами, кірочками на поверхні. Вогнище справляє враження «печатки». Вогнища ростуть по периферії, зливаються з утворення чудернацьких обрисів. Турбує невелика сверблячка. Перебіг гострий. При раціональній терапії вогнища регресують впродовж 2-3 тижнів.
<b>Поверхнева трихофітія волосистої частини голови</b>	- з'являються різної величини круглі або неправильної форми вогнища з нечіткими границями, слабо вираженою еритемою, лущенням. Вогнища спочатку поодинокі, згодом множинні. Волосся у вогнищах обламане, на висоті 1-2 мм або на рівні шкіри, поряд з волосиною у вигляді гачків, ком тощо. Виділяють дрібно - і великовогнищеву. Частіше хворіють діти шкільного віку. При виявленні вогнища запалення сімейний лікар повинен терміново сповістити на СЕС та звернутися за допомогою до дерматолога.
<b>Хронічна трихофітія</b>	- розвивається із попередніх двох

	форм у пубертатному періоді переважно у дівчаток. У потиличній ділянці і в ділянці скронь дрібні атрофічні лисинки, обламани на рівні шкіри волоски («чорні крапки»). Одночасно на шкірі сідниць, колінних суглобів, рідше тулуба, передпліч, обличчя вогнища із синюшним відтінком і невеликим лущенням, оніхомікоз пальців рук (нігті тім'яні, сірі, горбасті, кришаться, відшаровуються по типу оніхолізісу). Перебіг хронічний (роками). Ця форма трихофітії частіше розвивається на тлі ендокринопатій, дисфункції статевих залоз. У окремих хворих на цьому тлі можуть виникати вузлуваті, грануломатозні вогнища з абсцедуванням.
<b>Діагностика</b>	1) враховують особливості клініки, перебігу; 2) дослідження волосся, лусочок, нігтів на наявність грибків.
<b>Диференціюють</b>	з мікроспорією, руброфітією, паховою епідермофітією, інфільтративно – нагноювальною трихофітією, себореєю екземою, рожевим лишаєм Жибера .
<b>Лікування</b>	протигрибкові препарати всередину (гризеофульвін, ламізіл, орунгал за схемою), місцево протигрибкові мазі (ламізил, орунгал, екзодеріл), 2 - 5% розчин йоду, 3% саліцилова мазь.
<b>Профілактика</b>	- дотримання правил гігієни, уникнення контактів із хворими, не користуватись речами хворих.
<b>Зоонозна трихофітія</b>	Викликається <i>Trichophyton mentagrophytes</i> var.gypseum, <i>T.verrucosum</i> , s.faviforme.
<b>Джерело зараження</b>	- худоба (переважно телята), гризуни, збудник передається через різні предмети.
<b>Виділяють три форми:</b>	поверхневу, інфільтративну і гнійну гладкої шкіри та волосистої частини

	ГОЛОВИ.
<b>Поверхнева зоонозна трихофітія гладкої шкіри</b>	на відкритих ділянках шкіри, навколо природних отворів з'являються запальні, червоні, круглі плями, схильні до злиття, утворення вогнищ із фестончастими краями, на поверхні — лущення, по периферії — валик із везикул, кірочок
<b>Інфільтративна зоонозна трихофітія гладкої шкіри.</b>	Як і при поверхневій трихофітії з'являються круглі (як печатка) вогнища, теж схильні до периферійного росту, але вони інфільтровані, набряклі, можливий розвиток болючого регіонарного лімфаденіту.
<b>Гнійна зоонозна трихофітія гладкої шкіри</b>	- аналогічні вогнища, але щільні, складаються із глибоких фолікулярних абсцесів, на поверхні множинні пустули, при натискуванні краплями виділяється гній, вогнища при пальпації болючі, розвиваються регіонарні лімфаденіти
<b>Гнійна зоонозна трихофітія волосистої частини голови</b>	- поодинокі, а згодом множинні інфільтрати, щільні, болючі, на поверхні численні фолікулярні пустули, кірочки, гній. Вогнища із чіткими границями, схильні до периферійного росту, злиття і утворення масивних інфільтратів, вкритих гнійними кірочками, при стискуванні або розтягуванні яких на поверхню виділяються краплі гною (симптом медових щільників, керіон Цельса). Часто розвивається регіонарний болючий лімфаденіт; можливе підвищення температури тіла, порушення загального стану. Частіше хворіють діти. При локалізації таких вогнищ на верхній губі чи підборідді у дорослих чоловіків процес нагадує сикоз (грибковий, «паразитарний сикоз»). На шкірі підборіддя, шиї можуть виникати численні запальні, малоболючі вузли, що нагадують



	фурункули.
<b>Диференціюють</b>	із карбункулами, фурункулами, звичайним сикозом, руброфітією, інфільтративною формою мікроспорії, хронічним генералізованим кандидозом.
<b>Діагностика</b>	1) врахування клінічних проявів; 2) наявність трихофітії у домашніх тварин; 3) дослідження лусочок, волосся на наявність грибків.
<b>Лікування.</b>	Аналогічне лікуванню при антропонозній трихофітії. При гнійній формі бажана ручна епіляція. Для усунення гострозапальних явищ, очищення вогнищ від гною, на обмежені інфільтрати накладають дезінфікуючі примочки, аплікації тертої картоплі (терту картоплю витискають і прикладають на вогнища, змінюючи кожні 2-3 години). У подальшому на очищені вогнища накладають просту сірчану мазь або офіцинальні протигрибкові мазі. При хронічній трихофітії призначають імуномодельюючу терапію.
<b>Профілактика трихофітії:</b>	1) не користуватись речами, які були в контакті із хворими; 2) уникнення тісних контактів із хворими; 3) своєчасне лікування хворих; 4) виявлення та лікування хворих тварин
<b>Руброфітія (рубромікоз)</b>	- одна з найпоширеніших грибкових хвороб шкіри, збудником якої є <i>trichophyton rubrum</i> . Хворіють тільки люди. Після перенесеної хвороби імунітет не розвивається. Хвороба поширена у всіх країнах світу.
<b>Шляхи зараження</b>	Зараження відбувається при користуванні предметами, які були в контакті з хворою людиною (взуття, шкарпетки, панчохи, рукавички, ножиці, губки тощо), при відвідуванні лазень, душових, басейнів, де на

	предметах тривалий час можуть зберігатися інфіковані грибками лусочки шкіри і частинки зруйнованих грибками нігтів.
	Сприяючими чинниками є носіння закритого взуття, особливо гумового, вологість, пітливість, наявність попрілості, тріщин, мікротравм тощо.
<b>Розрізняють декілька клінічних різновидів рубромікозу</b>	
<b>Рубромікоз підшов</b>	- найчастіша форма цієї патології; проявляється у таких формах:
<b>а) інтертригінозна</b>	- уражаються міжпальцеві складки і під пальцями у вигляді тріщин, лущення, сверблячки, поступово процес поширюється на підшви, іноді на тильну поверхню ступні, де на тлі незначної застійної еритеми та інфільтрації виникають папули, кірочки, лущення, згодом формуються вогнища з чіткими контурами, більш вираженим запальним валком по периферії, схильні до периферійного росту, суб'єктивно турбує свербіж;
<b>б) дисгідротична ексудативна форма</b>	- частіше спостерігається у дітей та молодих осіб, клінічно представлена пухирцями, ерозіями, мокненням ;
<b>в) сквамозно - гіперкератотична форма.</b>	- трапляється найчастіше і характеризується сухістю шкіри підшов, іноді незначною застійною гіперемією, виражені шкірні боріздки, які наче присипані борошном, лущення, згодом розвивається гіперкератоз (потовщення шкіри), насамперед у ділянці п'ят, по краях ступнів з утворенням болючих тріщин
<b>Рубромікоз кистей</b>	- супроводжується сухістю шкіри долонь, лущенням, утворенням тріщин, складки теж наче присипані борошном, іноді по краю вогнищ облямівка із відшарованого епідермісу чи кільцеподібне лущення

	на тлі синюшної еритеми. Краї вогнищ чіткі, вони схильні до периферійного росту і поширення на пальці, тильну поверхню кистей, де утворюються вогнища, облямовані запальним валком, на якому папули, рідше везикули, кірочки, суб'єктивно — сверблячка.
<b>Рубромікоз складок (пахово-стегнових, міжсідничних, пахвових, під молочними залозами у жінок):</b>	- вогнища у вигляді неяскової еритеми, іноді з бурим чи синюшним відтінком з чіткими, іноді фестончастими контурами, схильні до периферійного росту, по краю більш запальний інфільтрований валок, на поверхні еритеми лущення, папули., суб'єктивно — сверблячка.
<b>Рубромікоз гладкої шкіри</b>	- може локалізуватися в будь-якій ділянці (спина, бокові поверхні тулуба, стегна, гомілки, сідниці), де формуються вогнища, що нагадують рубромікоз складок і можуть бути поодинокими, множинними чи дифузними, супроводжуються сверблячкою.
<b>Рубромікоз шкіри обличчя може спостерігатися в кількох варіантах:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- перший — формуються такі ж вогнища, як у складках чи на гладкій шкірі і можуть нагадувати дискоїдний червоний вовчак чи себореїний дерматит;</li> <li>- другий — коли на тлі незначної еритеми рожеві папули, які місцями можуть зливатися в інфільтровані бляшки, вкриті лусочками, телеангіектазії, поодинокі;</li> <li>- третій — фолікулярно-вузлуватий: утворюються вогнища, схильні до периферійного росту, на поверхні яких формуються глибокі фолікуліти і навіть вузли.</li> </ul>
<b>Фолікулярно-вузлуватий рубромікоз</b>	може уражати шкіру тулуба, сідниць. гомілок, обличчя, де формуються спочатку поодинокі, а згодом множинні, фолікулярні та вузлуваті елементи запального характеру із

	синюшним забарвленням, які групуються у вогнища, супроводжуються сверблячкою й болючістю і можуть нагадувати папуло - некротичний туберкульоз шкіри, вузлувату еритему, особливо на гомілках, глибокий васкуліт. Перебіг хронічний з періодичними загостреннями.
<b>Генералізований рубромікоз</b>	поширюється на шкіру тулуба, крупних складок, кінцівок, обличчя, шиї тощо, одночасно є множинний оніхомікоз. Цьому сприяє супутня патологія внутрішніх органів, нейроендокринні порушення, хронічні інфекції. У цих випадках спостерігається поліморфізм клінічних проявів, який може нагадувати екзему, нейродерміт, псоріаз, дискоїдний червоний вовчак, парапсоріаз, кільцеподібну гранульому та інші хвороби. Вогнища крупні, жовто – червоного або бурого кольору , оточені по периферії червоно – синюшним валиком, з фестончастими краями, утворюють кільця, півкільця, дуги. Їх поверхня вкрита лусочками. Хворих турбує свербіж.
<b>Епідермофітія</b>	
<b>Пахова епідермофітія</b>	- викликається epidermophyton floccosum. Уражуються крупні складки шкіри, іноді нігті. Розвиткові хвороби сприяє підвищена пітливість, порушення вуглеводного обміну; зараження відбувається при безпосередньому контакті із хворим або через предмети (мочалки, рушники, білизну тощо).
<b>Клініка</b>	Типовою локалізацією є пахові, пахово - стегнові складки. Можуть уражатись також міжсіднична складка, складки під грудними

	залозами, рідко пахові, шкіра тулуба, кінцівок. У цих ділянках виникають гострозапальні червоні набряклі, круглі, чітко відмежовані плями, які мають здатність до периферичного росту, злиття, утворення вогнищ з поліциклічними обрисами. По периферії вогнищ добре виражений суцільний набряклий валик, на якому утворюються везикули, міліарні пустули, ерозії, кірочки, лусочки, іноді буває невелике мокнення, виражена сверблячка, що нагадує екзематозний процес (облямована екзема). Згодом у центрі вогнищ відбувається зворотний розвиток процесу, шкіра блідне, спостерігається тільки лущення. Перебіг хронічний, прогресуючий із загостреннями влітку. Можливе ураження цим збудником ступнів і нігтів (рідко).
<b>Діагностика:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1) наявність гострозапального валика по периферії із поліморфною висипкою;</li> <li>- 2) типова локалізація;</li> <li>- 3) сверблячка;</li> <li>- 4) мікроскопічно виявляють нитки міцелію</li> </ul>
<b>Диференціюють</b>	- із рубромікозом, кандидозом складок, еритразмою, попрілістю, екземою крупних складок
<b>Лікування</b>	- При встановленні діагнозу пахової епідермофітії, призначаються при гострих явищах та екзематизації гіпосенсибілізуючі, антигістамінні препарати,
<b>Місцево</b>	- примочки з розчином срібла або резорцину, потім вогнища змазують 1% йодною настоякою та протигрибковими мазями: нізорал, толміцен, певарил, батрафен, ламізил, дактарин, травоген та інші. Змащують уражені ділянки двічі на день до повної ліквідації симптомів,

	в подальшому 2% настойкою йоду один раз на день впродовж ще 2 – 3 тижнів для профілактики рецидивів.
<b>Профілактичні заходи</b>	- передбачають зменшення пітливості (дитяча присипка, гальманін), дезінфекцію предметів спільного користування тощо.
<b>Епідермофітія ступнів</b>	- викликається trichophyton mentagrophytes var. interdigitale, на долю якого приходить 40-50% від числа усіх збудників мікозів ступнів у містах та 5-10% - у сільській місцевості.
<b>Шляхи зараження</b>	Зараження частіше відбувається через взуття, шкарпетки, а також в лазнях, душових, спортзалах, де злущений епідерміс, частинки нігтів, уражені грибками, потрапляють на вологу шкіру ступнів.
	Сприяють розвиткові хвороби гіпергідроз, поприлість, мацерація, тісне взуття, мікротравми, потертість, недостатній гігієнічний догляд. Після перенесеної хвороби імунітет не розвивається.
<b>Клініка</b>	Виділяють такі клінічні форми мікозів ступнів:
<b>1) сквамозна:</b>	- на тлі незначної еритеми на шкірі склепіння ступнів з'являється невелике лущення, схильне поширюватись на бокові і згинальні поверхні пальців. На місцях тиску, особливо в ділянці п'ят, можуть розвиватись ділянки дифузного потовщення шкіри подібні на змозоленості, тріщини ( <b>сквамозно - гіперкератотична форма</b> ). При незначних ураженнях суб'єктивні відчуття відсутні;
<b>2) інтертригінозна:</b>	незначне лущення в міжпальцевих складках, згодом утворюються тріщини в глибині складок, відбувається мацерація, можливе утворення везикул, ерозій,

	сверблячка, паління, болючість. Приєднання піокової чи дріжджової флори може посилити еритему, спричинити набряк, появу пустул, посилити болючість;
<b>3) дисгідротична:</b>	- на склепінні ступнів, бокових поверхнях, пальцях виникають множинні везикули із грубою покриткою і прозорим вмістом, розміщуються групами, схильні до злиття і утворення багатокамерних великих бульозних елементів із грубою покриткою. При приєднанні піокової флори вміст стає гнійним, посилюється еритема, набряк, болючість, покритки порожнинних елементів руйнуються, утворюються ерозії з валком відшарованого епідермісу. Можливий розвиток лімфангоїту, лімфаденіту, підвищення температури тіла, порушення загального стану;
<b>4) гостра епідермофітія</b>	- виникає внаслідок різкого загострення дисгідротичної та інтритригінозної форми. Характеризується появою везикульозно – бульозних елементів на набряклій шкірі підшв і пальців ступнів. Висипка супроводжується лімфангітом, лімфаденітом, місцевою болючістю.
<b>Діагноз встановлюють</b>	- на підставі клінічних ознак, підтверджують виявленням елементів гриба при мікроскопії та виділенням культури збудника.
<b>Диференціюють</b>	- від руброфітії, епідермофітії, поверхневої піодермії, контактного дерматиту, кандидозу та попріlostей дрібних складок.
<b>Лікування.</b>	При гострих запальних явищах - призначають примочки з резорцином, етакридином лактатом, нітратом срібла, перманганатом калію. Далі призначають змащування аніліновими барвниками, втирання

	протигрибкових мазей (нізорал, батрафен, ламізил, віосепт, мікозолон, певарил, дактарин тощо) до зникнення клінічних симптомів і потім ще впродовж 1-3 тижнів 1 раз на день з метою профілактики рецидивів. При гострих запальних явищах призначаються десенсибілізуючі, антигістамінні, седативні засоби лікування.
<b>При наявності гіперкератозу</b>	- спочатку накладають кератолітичні мазі (10-20% саліцилової чи молочної кислоти), захищаючи ділянки здорової шкіри цинковою пастою від опіків, для розм'якшення і механічного видалення рогових мас зішкрябуванням, оскільки через значні рогові нашарування мазі не проникають, а, отже, і не справляють потрібного ефекту. Після видалення гіперкератозу — протигрибкові мазі.

#### **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 Beigelii*.
- C. *Pityrosporum orbiculare*.
- D. *Epidermophyton floccosum*.
- E. *Trichophyton mentagrophytes*

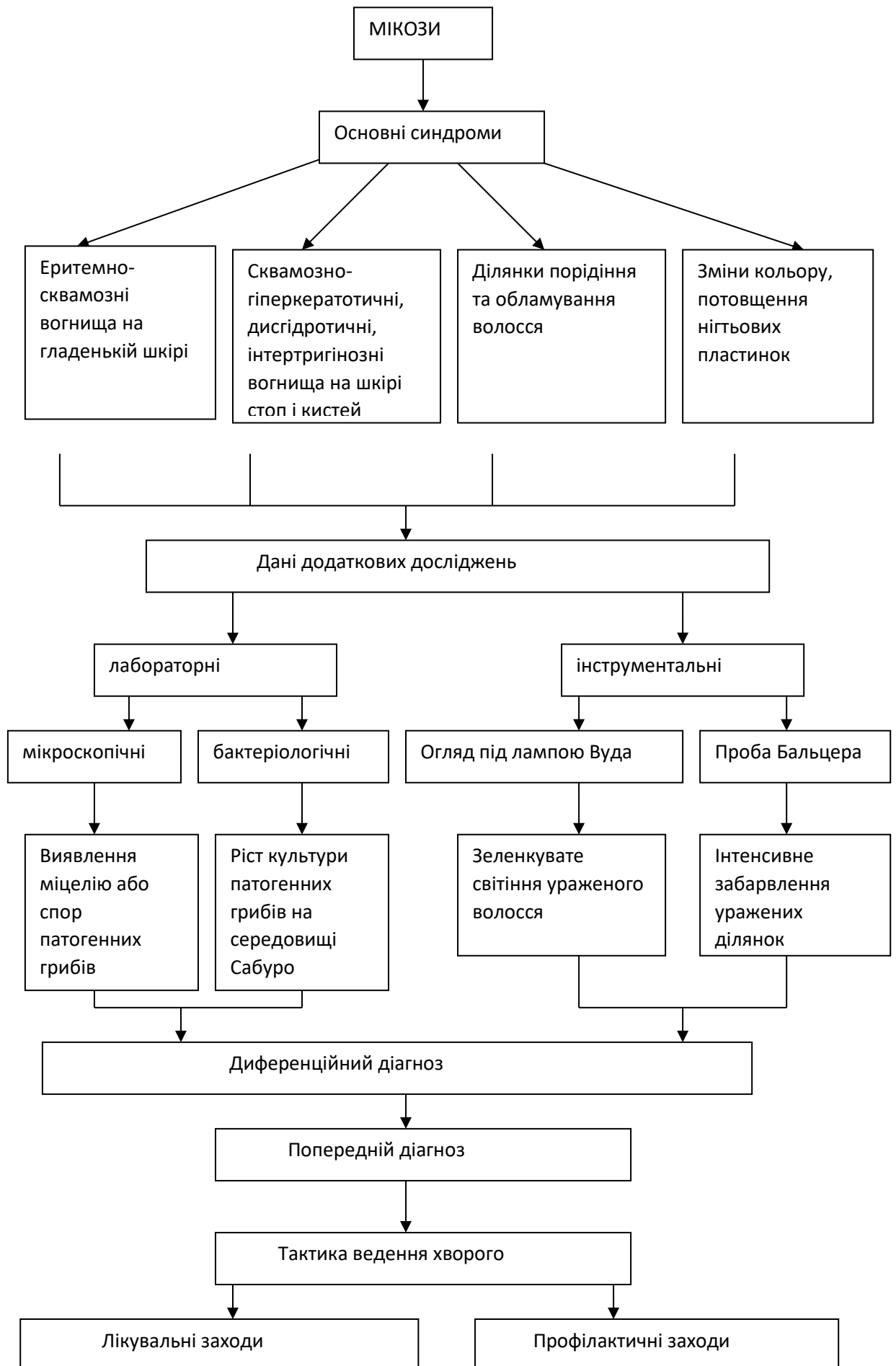
### **Завдання №5**

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?***

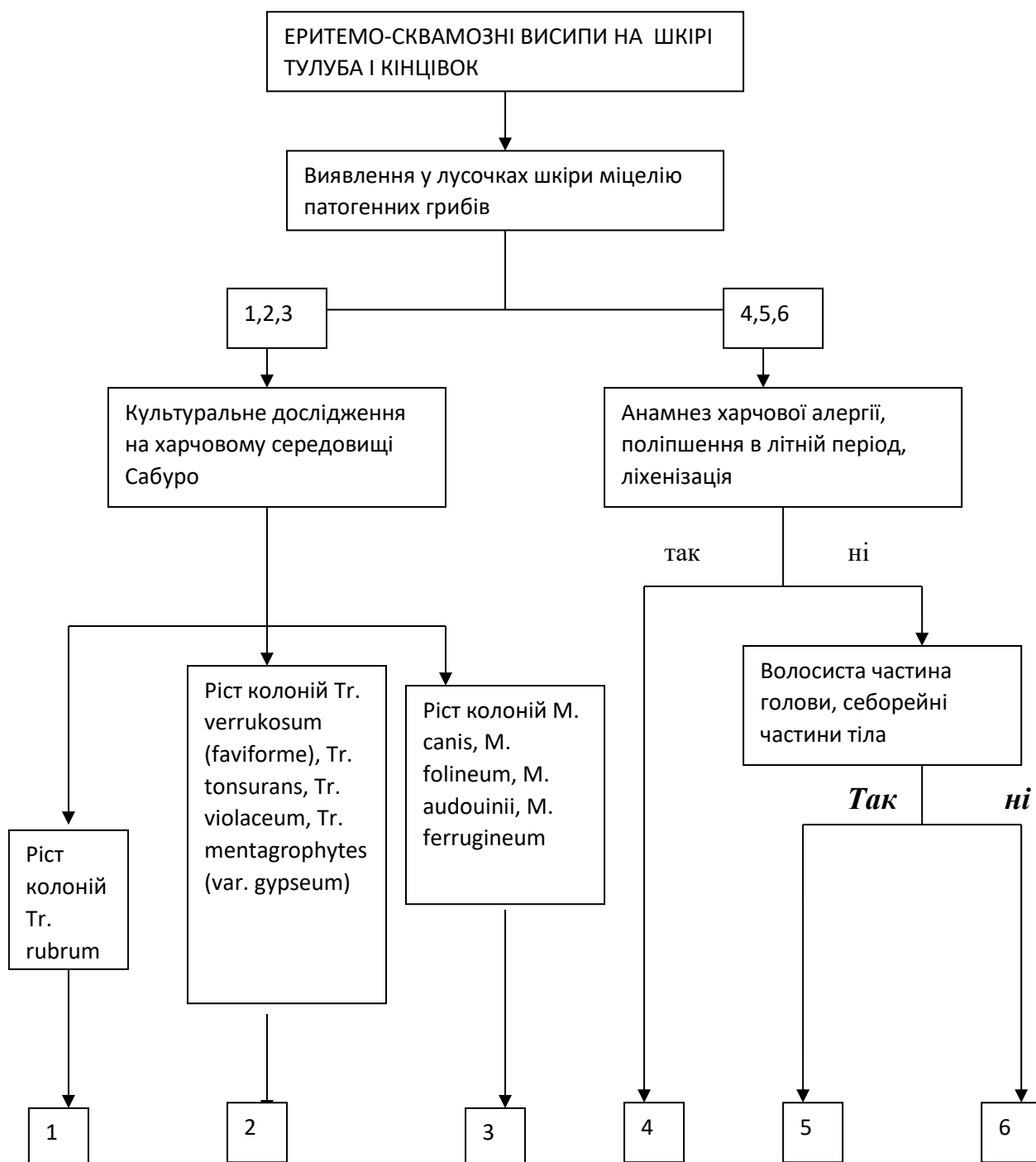
- A. Протисвербіжні мазі з місцевими анестетиками.
- B. Антибактеріальні мазі.
- C. Кортикостероїдні мазі.
- D. Протизапальні нестероїдні мазі.
- E. Фунгіцидні мазі.

## 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.