

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 №9	Пухирчасті дерматози. Пухирчатка звичайна. Герпетиформний дерматит Дюрінга. Клінічний перебіг, діагностика та лікування.
Курс	IV
Факультет	Медичний

Змістовний модуль №1

Тема: Пухирчатка звичайна

Актуальність теми: Кількість хворих пухирчаткою зростає з кожним роком у всіх країнах світу. Минуле десятиліття ознаменувалося певним прогресом в розпізнаванні, диференціальній діагностиці, а також терапії пухирчатки, результат якої до недавнього часу був фатальним для хворого. Враховуючи викладене, великого значення набуває засвоєння клінічних і гистологічних критеріїв розпізнавання різних форм пухирчастих, акантолітичних і неакантолітичних дерматозів для своєчасно проведеної терапії.

2. Конкретні цілі:

1. Зібрати та проаналізувати скарги, анамнез життя і захворювання пацієнта.
2. Провести послідовний огляд шкіри хворого, визначити характер висипу, оцінити та описати морфологічні елементи висипу на шкірі.
3. Вибрати й проаналізувати зі скарг хворого, даних анамнезу життя й захворювання, об'єктивного дослідження пацієнта симптоми й синдроми, що відбивають наявність ураження шкіри при бульозних дерматозах
4. Скласти схему діагностичного пошуку при бульозних дерматозах трактувати ці дані.
5. Визначити необхідний обсяг і послідовність методів обстеження, інтерпретувати їх результати
6. Виділити провідні симптоми та синдроми при бульозних дерматозах
7. На підставі скарг, анамнезу, додаткового обстеження та об'єктивних даних захворювання встановити діагноз.
8. Вибрати основні групи фармакотерапевтичних засобів, індивідуальної й суспільної профілактики при бульозних дерматозах

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

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. КАФЕДРА ГІСТОЛОГІЇ 2. КАФЕДРА ІНФЕКЦІЙНИХ Х- Б з КУРСОМ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ 3. КАФЕДРА ФАРМАКОЛОГІЇ 4. КАФ.ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ 5. КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ	<ul style="list-style-type: none">• гістологічні, цитологічні, електронно - мікроскопічні, імуноморфологічні дослідження, імунохімічний аналіз.• Диференціювання акантолітичної пухирчатки з ГДД, доброякісною сімейною пухирчаткою, булезним пемфігоїдом• Обґрунтувати вибір

ГІГІЄНИ	<p>основних груп фармакотерапевтичних засобів при псоріазі або червоном плоском лишаї</p> <ul style="list-style-type: none"> Збирати та оцінювати скарги, анамнез, дані об'єктивного обстеження хворого з псоріазом або червоним плоским лишаєм <ul style="list-style-type: none"> Виділяти патогномонічні симптоми та типові клінічні ознаки («симптом Асбо - Хансена», «феномен груші», «симптом Нікольського 3 ступенів», знаходження в мазках - відбитках акантолітичних клітин Тцанка), та на їх основі встановлювати діагноз
---------	---

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
Бульозні дерматози	- група дерматозів, при яких єдиним або визначаючим первинним морфологічним елементом висипки являється була або пузир.
Розрізняють	- справжню пухирчатку, доброякісну сімейну хронічну пухирчатку, пемфігоїд та герпетиформний дерматоз Дюринга.
Справжня пухирчатка (акантолітична)	хронічний аутоімунний дерматоз, який характеризується утворенням внутрішньоепідермальних пупирів у результаті акантолізу, схильних до злиття та розповсюдження на весь шкірний покрив. Захворювання уражує частіше осіб віком 40 – 60 років, переважно жінок. Характеризується тривалим

	хвилеподібним перебігом із розвитком пухирів. Процес має тенденцію до генералізації, супроводжується порушенням загального стану хворих, до застосування кортикостероїдної терапії закінчувався летально.
Етіологія та патогенез	остаточно не з'ясовані, але існують теорії виникнення пухирчатки: неврогенна, вірусна, обмінна, ендокринна теорії та найбільш визнана у наш час - аутоімунна теорія, яка передбачає дію невідомого пошкоджуючого агенту на клітини шипуватого шару епідермісу, зміну антигенної структури клітин та міжклітинної речовини, накопичення антитіл класу Ig G та їх пошкоджуючу дію на мембрани клітин.
Розрізняють декілька клінічних форм справжньої пухирчатки:	- <i>звичайна, вегетуюча, листовидна, себорейна.</i>
Звичайна пухирчатка –	- зустрічається найчастіше. Іноді процес починається з ураження шкіри. Висипка локалізується на шкірі тулуба, кінцівок. Виникають невеликі пухирі, спочатку поодинокі, потім їх кількість зростає. Вони мають тенденцію до периферійного росту, збільшуються у розмірах до 3 – 4 см і більше у діаметрі, зливаються між собою та утворюють крупні фестончаті вогнища. Вміст пухирів прозорий, через 2 – 3 дні – мутніє. Покришка пухирів тонка і швидко розкривається, оголюючи яскраво – червоні ерозії, що довго не загоюються. Поступово ерозії покриваються рихлими серозними або серозно – кро'янистими кірками, які легко видаляються та оголюють мокнучу поверхню. - Дуже часто процес починається з ураження слизової оболонки рота та залишається ізольованим протягом

декількох місяців. На слизовій оболонці рота пузирі переважно локалізуються на щоках, особливо в ретромаллярній ділянці, на боковій поверхні язика, у під'язичній ділянці, на піднебінні. Покришка пузирів тонка та швидко перетворюється на ерозії яскраво – червоного кольору з обривками епітелію по периферії (виявляється симптом Нікольського). Іноді покришка може прикривати ерозію, нагадуючи сірувато – білий нальот, який легко знімається шпателем з оголенням ерозії. Вогнища можуть бути округлими, овальними, витягнутими у вигляді тріщини. Пузирі та ерозії можуть виникати на червоній окрайці губ, у кутах рота, на підборідді. Часто ці висипи зливаються і чітка межа між червоною окрайкою та губами зникає. Хворі не можуть жувати та ковтати їжу, з трудом відкривають рот, іноді відмічається неприємний запах з рота. При розповсюдженні процесу можливе ураження усієї слизової оболонки рота. Окрім слизової оболонки рота можуть уражатися глотка, ніс, гортань, стравохід, шлунок, сигмовидна та пряма кишка, статеві органи, кон'юнктива. При відносно сприятливому перебігу захворювання під дією адекватного лікування кортикостероїдами на поверхні ерозій виникають щільні кірки, після відходження яких залишається стійка гіперпігментація. Загоювання вогнищ на слизових оболонках відбувається без рубцювання. Без своєчасного лікування після появи обмежених вогнищ починається генералізація процесу. На шкірі по

	<p>периферії ерозій можуть знову виникати пухирі і первинні ерозивні ділянки збільшуються. У разі первинного ураження слизової оболонки рота, через 1 - 9 місяців утягується шкірний покрив. Загальний стан хворого порушується: піднімається температура тіла, з'являються слабкість, діарея, набряки, можливе приєднання вторинної інфекції, розвивається кахексія, значна втрата білку та інтоксикація. Без лікування хворі помирають.</p>
Симптом Асбо – Хансена	<p>При натискуванні на пухир пальцем або предметним склом спостерігається збільшення пухиря по площі за рахунок подальшого відшарування епідермісу пухирною рідиною.</p>
Феномен „груші”.	<p>Під вагою рідини у пухирі, при виражених явищах акантолізу, площа основи його збільшується і пухир набуває грушевидної форми</p>
Симптом Нікольського I ступеню	<p>По периферії ерозій залишаються обривки покривки пухиря, якщо потягнути за неї, то епідерміс буде відшаровуватись і на видимо здорову шкіру</p>
Симптом Нікольського II та III ступеню).	<p>При потиранні шкіри між двома пухирями та на віддалених ділянках від висипів, відбувається теж відшарування епідермісу</p>
Діагноз	<p>- базується на підставі клінічної картини, наявності позитивного симптому Нікольського та додаткових методів дослідження. Проводять гістологічні, цитологічні, електронно - мікроскопічні, імуноморфологічні дослідження, імунохімічний аналіз. Важливим діагностичним критерієм пухирчатки є виявлення акантолітичних клітин при цитологічному дослідженні мазків -</p>

	<p>відбитків з dna ерозій. Акантолітичні клітини забарвлюються по методу Романовського - Гімзе та мають розмір менший ніж нормальні епідермоцити; можуть містити декілька ядер, які у декілька разів перевищують площу ядер нормальних клітин, інтенсивно забарвлені та містять 2 - 3 крупних ядерця; цитоплазма клітин різко базофільна, забарвлюється нерівномірно; навколо ядра є світла блакитна зона, а по периферії - інтенсивна синя смужка (зона концентрації).</p>
Диференціюють	<p>- від неакантолітичної пухирчатки, бульозної форми герпетиформного дерматозу Дюринга, багато формної ексудативної еритеми, хронічної сімейної доброякісної пухирчатки, доброякісної пухирчатки порожнини рота, інших форм справжньої пухирчатки.</p>
Веgetуюча пухирчатка	<p>– характеризується появою пузирів, частіше на слизовій оболонці рота, переважно у місцях переходу її у шкіру. Має більш доброякісний перебіг. Одночасно з ураженням слизової оболонки або дещо пізніше на шкірі у пахово - стегнових, міжсідничних, пахвинних складках, під молочними залозами, у ділянці пупа з'являються дрібні пузири, покришки яких швидко розкривається та оголюються яскраво - червоні ерозії. Вони збільшуються у розмірах та вкриваються сочними вегетаціями яскраво - червоного кольору, з неприємним запахом, м'якої консистенції, поверхня яких покрита сіруватим нальотом. Ерозії зливаються між собою і утворюють округлі вегетуючі бляшки до 5 – 10</p>

	<p>см у діаметрі, по периферії яких часто містяться пустули. На слизовій оболонці рота у зоні ерозій виникають розростання, що нагадують сосочкові грануляції. Симптом Нікольського позитивний лише поряд з вогнищами ураження. При регресуванні вегетації підсихають, зплющуються, ерозії епітелізуються, залишаючи гіперпігментацію. Без лікування перебіг більш тривалий, ніж при справжній пухирчатці, супроводжується тривалими (іноді декілька років) ремісіями, але з часом закінчується летально.</p>
Діагноз	<p>- базується на підставі клінічної картини, наявності позитивного симптому Нікольського та додаткових методів дослідження (акантолітичні клітини знаходять у пухирях та на поверхні вегетуючих бляшок).</p>
Диференціюють	<p>- від вегетуючої піодермії, широких кондилом при сифілісі, хронічної сімейної доброякісної пухирчатки, звичайної пухирчатки.</p>
Листовидна пухирчатка (ексфоліативна)	<p>- проявляється появою еритематозно-сквамозних змін на шкірі обличчя, волосистій частині голови, грудях та верхній частині спини. На їхньому фоні виникають в'ялі плоскі пухирі з тонкою покриткою невеликих розмірів. Пухирі швидко розкриваються з оголенням соковитих, яскраво-рожевих ерозій з серозним відділяємим, яке зсихається та утворює пластинчасті лусочки – кірки. Кірки не відходять, так як під ними продовжує відділятися ексудат, іноді утворюються поверхневі пухирі на місці попередніх ерозій, що призводить до утворення нового шару кірок, які набувають вигляду</p>

	<p>листка паперу. Слизові оболонки при листовидній пухирчатці не уражуються. Симптом Нікольського виражений поблизу висипів та на віддалених ділянках шкірного покриву.</p> <p>Перебіг захворювання може бути тривалим (до 2 – 5 років і більше), але без лікування кортикостероїдами процес може генералізовуватись з погіршенням загального стану (підвищення температури тіла, приєднання вторинної інфекції, розвиток кахексії) та смертю хворого.</p>
Діагноз	- базується на підставі типових висипів, виявлення симптому Нікольського та знаходженні акантолітичних клітин.
Диференціюють	- від еритродермії, токсичного епідермального некролізу, герпетиформного дерматозу Дюринга, звичайної та себорейної пухирчатки.
Себорейна (еритематозна) пухирчатка –	<p>- починається часто з ураження шкіри обличчя або волосистої частини голови з послідовним розповсюдженням на груди, міжлопаткову ділянку, великі складки та інші ділянки шкірного покриву. Висипи виникають у вигляді рожево - червоних округлих вогнищ з чіткими межами, діаметром від 2 до 5 см. Їхня поверхня вкрита рихлими сіруватими лусочками, на якій з'являються дряблі пузирі з тонкою покришкою. Вони швидко розкриваються, їх ексудат зсихається з утворенням кіркових нашарувань. Симптом Нікольського позитивний або частіше слабкопозитивний, краєвий. Поряд з бляшками можуть утворюватись папулоподібні елементи, плямисті елементи з жирними лусочками. Слизові</p>

	<p>оболонки рота та кон'юнктива очей уволікаються рідко.</p> <p>Перебіг хвороби тривалий, із ремісіями. Висипи можуть існувати на обличчі тривалий час (від декількох місяців до 5 – 7 років). Процес у подальшому генералізується на інші ділянки шкірного покриву, вогнища покриваються щільними кірками, зняття яких болюче. Можуть з'являтися пухирі, схожі на такі при звичайній та листовидній пухирчатці, що призводить до трансформації себорейної пухирчатки у ці форми.</p>
Діагноз	<p>базується на підставі клінічної картини, наявності позитивного симптому Нікольського та знаходженні акантолітичних клітин у мазках-відбитках, даних гістологічного дослідження.</p>
Диференціюють	<p>від червоного вовчака, себорейної екземи, звичайної та листовидної пухирчатки.</p>
Лікування.	<p>- Харчування хворих на пухирчатку передбачає діету з переважанням продуктів, які містять велику кількість білків та вітамінів (м'ясо, риба, яйця, молочні продукти). Необхідно обмежити прийом жирів, вуглеводів та повареної солі. Основним засобом лікування хворих у наш час є глюкокортикоїди. Важливе значення має підбір початкової максимальної дози, тривалість її застосування та зниження з підбором підтримуючої дози (преднізолон - приблизно 60 – 80 (іноді до 120) мг/ добу – максимальна початкова доза, протягом 3 - 6 тижнів, із повільним зниженням до підтримуючої дози близько 5 - 10 мг/ добу, у комбінації з дипроспаном – 1 - 2 мл в/м 1 раз у</p>

	<p>10 днів). Підтримуючу кортикостероїдну терапію необхідно проводити роками навіть при розвитку ускладнень. Протягом тривалого часу хворим також необхідно призначати: вітаміни групи В, аскорбінову кислоту, рутин, препарати калію та кальцію, імуностимулятори, анаболічні гормони (ретаболіл або нероболіл 1 раз у 2 – 3 тижні), антибіотики широкого спектру дії, препарати золота (тимолан натрію), сульфонові препарати (циклоспорин А). Доцільно призначати циклами невеликі дози протидіабетичних препаратів, антикоагулянтів та діуретиків. Часто використовують цитостатики (метотрексат, азитіопрін, циклофосфамін).</p>
Місцево	<p>для загоювання ерозій на слизових оболонках порожнини рота і статевих органів застосовують гелій - неоновий лазер зі змащенням поверхонь масляним розчином вітаміну А. На шкірі ерозивні поверхні зрошують аерозолями, що містять кортикостероїди, змащують аніліновими барвниками, застосовують епітелізуючі, протимікробні, протизапальні засоби. Доцільні теплі ванни зі слабим розчином перманганату калію, а при обширних ерозіях на слизових оболонках рота – зрошення слабким розчином перманганату калію, борної кислоти, соди, таніну</p>
Доброякісна сімейна хронічна пухирчатка (хвороба Гужеро – Хейлі – Хейлі)	<p>дерматоз, який має спадковий характер, та відмічається хронічним періодично рецидивуючим перебігом та задовільним заганим станом хворих.</p>
Клініка	<p>Патологічний процес, як правило, локалізується на місцях природніх</p>

	<p>складок: пахових, стегнових, міжсідничних, пахвинних, під молочними залозами, іноді на боковій поверхні шиї, внутрішній поверхні стегон, статевих органах. Пузирі виникають на дещо гіперемійованому фоні. Вони невеликих розмірів, заповнені серозним умістом, мають тонку покритку, яка швидко розкривається з утворенням ерозій та серозно – гнійних кірок. Пузирі можуть зливатися й утворювати ерозивні бляшки з чіткими поліциклічними межами, укриті жовтуватими кірками. По периферії вогнища можуть бути в'ялі пузирі та дрібні поодинокі ерозії з обривками покриток. Поверхня вогнищ мацерована та покрита звивистими тріщинами, що нагадують звивини мозку. Симптом Нікольського позитивний лише у частини хворих у межах вогнища ураження. На місцях ураження виникають папули або вегетації з явищами ороговіння, та послідуною гіперпигментацією. Захворювання триває десятиріччями, супроводжується рецидивами та ремісіями. Загальний стан хворих не порушується. Навіть генералізація процесу не призводить до смерті хворих.</p>
Діагноз	<p>- базується на підставі клінічної картини, анамнезу та перебігу захворювання, цитологічного (у мазках – відбитках знаходять акантолітичні клітини, але у них відсутні дегенеративні зміни, як при справжній пухирчатці) та інших досліджень.</p>
Диференціюють	<p>- від звичайної пухирчатки, герпетиформного дерматозу Дюринга, мікробної екземи,</p>

	імпетиго, кандидозу крупних складок.
Лікування	На початковому етапі застосовують напівсинтетичні антибіотики, протягом 10 – 12 днів. Поряд з цим призначають вітамін В ₆ , Е, аскорбінову кислоту, препарати кальцію, антигістамінні засоби. У тяжких випадках застосовують кортикостероїди (30 – 40 мг/добу коротким курсом – 2 - 3 тижні).
Місцево	призначають дезинфікуючі, бактеріостатичні препарати, креми та аерозолі з кортикостероїдами. Можливе застосування малих доз рентгенівських променів.
Пемфігоїд (неакантолітична пухирчатка)	- група дерматозів з відносно доброякісним перебігом, при яких не спостерігається явище акантолізу.
Розрізняють:	- <i>пемфігоїд бульозний, рубцюючий пемфігоїд та доброякісну неакантолітину пухирчатку лише порожнини рота.</i>
Пемфігоїд бульозний	- пухирчатка хронічна доброякісна, пемфігоїд Левера) – доброякісне хронічне захворювання, для якого характерне утворення субепідермальних пухирців без ознак акантолізу.
Етіологія та патогенез	- вважаються нез'ясованими, але допускається вірогідність аутоімунних механізмів.
Розрізняють декілька клінічних різновидів бульозного пемфігоїду:	- <i>локалізований</i> (висипи локалізуються переважно на нижніх кінцівках), <i>везикулярний</i> (пухирі дрібні, розташовані герпетично) та <i>вегетуючий</i> (на дні ерозивних ділянок утворюються верукозні розростання).
Клініка	- Висипи локалізуються переважно на шкірі тулуба та кінцівок (особливо у пахових складках, на нижній частині живота,

	згинальних поверхнях верхніх кінцівок). На еритематозному фоні утворюються поодинокі або множинні крупні напружені пузири, з прозорим або геморагічним вмістом. Після розкривання пупирів оголюються ерозії, які не схильні до периферійного росту. При усіх формах ерозії самовільно епітелізуються, але одночасно висипи можуть розповсюджуватись, тоді спостерігається характерна строката картина. Іноді уражується слизова оболонка рота. При цьому пупирі розташовуються на еритематозному фоні, мають напружену покришку та серозний або геморагічний вміст. Вони зберігаються декілька днів, розкриваються від травматизації та епітелізуються. Симптом Нікольського негативний, акантолітичні клітини не виявляються.
Діагноз	- на підставі клінічної картини (спонтанно епітелізуючої ерозії) та даних серологічних реакцій, гістологічної картини (субепідермальний пупир).
Диференціюють	- від акантолітичної пухирчатки, герпетиформного дерматозу Дюрінга, токсикодермії, багато формної ексудативної еритеми.
Лікування.	- Призначають при легкому перебігу використовують дапсон або кортикостероїдні препарати місцево, при важкому перебігу - кортикостероїдні препарати до зникнення висипів

повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

ТЕРМІН	ВИЗНАЧЕННЯ
Герпетиформний дерматоз	хронічне рецидивуюче

Дюринга –	захворювання, яке характеризується появою сверблячих дрібних пухирців, папул та пухирів, які мають схильність до згрупування. Хворіють частіше чоловіки у віці 30 – 40 років, іноді зустрічається у дітей. Вважається, що підвищена чутливість до глютену злаків та галоїдів, нейроендокринні порушення, вагітність, менопауза, наявність інфекцій є факторами, які сприяють виникненню дерматоза.
Розрізняють дві форми хвороби:	<i>дрібнопузирну та крупнопузирну.</i>
Клініка	Спочатку захворювання з'являється свербіж, почуття печіння, після чого через 8 -12 годин з'являються перші висипи: дрібні напружені везикули з прозорим (іноді з геморагічним) вмістом. Слизова оболонка набрякла, гіперемійована. На місці пухирців швидко виникають ерозії, які теж швидко епітелізуються. Папули, пухирі, пухирці частіше розташовуються симетрично згруповано на розгинальних поверхнях ліктьових та колінних суглобів, ягодицях, волосистої частині голови, на слизовій оболонки піднебіння та щік. відмічається позитивний <i>симптом Ядасона</i> (виникнення висипки при аплікації 50% мазі з калієм йодідом). Симптом Нікольського негативний, акантолітичних клітин немає. У крові виявляються Ig A та IgG, еозинофілія, помірний лейкоцитоз. Перебіг хронічний, циклічний.
Діагноз	- базується на підставі клінічної картини, позитивної проби Ядасона, негативного симптому Нікольського, знаходження фіксованих Ig A у здоровій шкірі.
Диференціюють	-від акантолітичної пухирчатки,

	бульозного пемфігоїду, токсикодермії, багато формної ексудативної еритеми.
Лікування.	Виключення з раціону продуктів злаків (рис, пшениця, просо та ін.) та продуктів з вмістом йоду (риба, морепродукти, морська капуста). Призначають сільфонові препарати (ДДС, дапсон, авлосульфон) циклами до 200 мг /доб з 1 – 2 добовими перервами. Потім під контролем кількості еритроцитів знижують зі схемою. При важких випадках призначають гормональну терапію, десенсибілізуючі препарати, ентеросорбенти, антигістамінні препарати, вітаміни С, А, Е, Р, групи В, фолієвої кислоти.
Місцево	- застосовують протисвербіжні розчини, пасти, анілінові барвники, кортикостероїди.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Класифікація пухирчастих захворювань
2. Етіологія і патогенез бульозних дерматозів
3. Клінічні форми пухирчатки
4. Симптоми, які характерні для акантолітичної пухирчатки з ГДД, доброякісної сімейної пухирчатки, булезного пемфігоїду
5. Диференціальна діагностика акантолітичної пухирчатки з ГДД, доброякісною сімейною пухирчаткою, булезним пемфігоїдом
6. Тактика ведення пацієнта з акантолітичною пухирчаткою, ГДД, доброякісною сімейною пухирчаткою, булезним пемфігоїдом

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.

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-трудова експертизи, реабілітації тематичних хворих

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

Матеріали для самоконтролю

Задача №1

У дитини 3-х років на шкірі обличчя і в пахвових западинах є в'ялі міхури з каламутним вмістом, розташовані по лініях натягнення шкіри. По периферії цих елементів є пустули, мікроерозії і кірки. Дитина постійно прагне розчесати місця поразки. У 6 літньої сестри також є одиночне подібне буллезне вогнище в ділянці кута рота.

На підставі скарг та епідеміологічного анамнезу встановить попередній діагноз?

- A. Доброякісна сімейна пухирчатка Хейлі-Хейлі
- B. Булльозне імпетиго
- C. Вульгарна пухирчатка
- D. Герпетіформний дерматит Дюрінга
- E. Контактний дерматит

Завдання №2

У пацієнтки Є, 65 років, з'явилися ерозії на слизових оболонках порожнини рота і геніталій, а надалі міхури з в'ялими покривками і каламутним вмістом з'явилися на незмінній шкірі грудей і спини. При об'єктивному дослідженні дерматолог виявив позитивний симптом Никольського. При мікроскопічному дослідженні мазка-відбитку у вмісті свіжого міхура виявлені кулясті набряклі клітини, з округлими ядрами, що мають гіперхроматичне базофільне забарвлення, оточені вузьким різко обкресленим віночком гомогенної протоплазми.

Як називається даний різновид клітин?

- A. Еозинофіли
- B. Клітини Тцанка
- C. Атипові кератиноцити
- D. Клітини Сезарі
- E. Клітини Лангергансу

Завдання № 3

При огляді на шкірі тулуба у 53 літньої пацієнтки визначаються численні міхури, розташовані на незмінній шкірі, розмірами від 2 до 3 см в

діаметрі. Покришка міхурів в'яла, вміст каламутний, викликається позитивний симптом Никольського. У місцях міхурів, що розкрилися, наголошуються ерозії на різних стадіях епітелізації. З анамнеза відомо, що пацієнтка отримувала попереднє лікування з діагнозом: Буллезне імпетиго, і на тлі зовнішнього лікування антибактеріальними мазями її сосотяніє різко погіршало. Після огляду лікар рекомендував виконати діагностичну біопсію з попередніми діагнозами: Вульгарна пухирчатка? Буллезний пемфігоїд Льовера? Буллезная токсидермія? Які морфологічні ознаки в гістологічному препараті свідчитимуть про звичайну пухирчатку?

- A. Спонгіоз
- B. Акантолізіс
- C. Вакуолізація
- D. Баллонірующая дистрофія
- E. Акантоз

Завдання № 4

На консультацію до дерматолога був направлений пацієнт Р., 68 років, в змозі ерітродермії. На тлі універсальної еритеми у даного пацієнта є ерозії і вогнища мокнутія в області крупних складок. Решта шкірних покривів має нашарування крупнопластинчатих лусок і чешує-корок. Слизисті оболонки вільні від висипань. Загальний стан важкий. З анамнезу відомо, що захворювання дебютувало з появи швидкоскриваючихся пухирей в області обличчя, грудей, міжлопаткових ділянок. У гістологічному препараті є явища акантолізіса в зернистому і шипуватому шарах епідермісу, місцями є повне відторгнення середньої частини епідермісу. Також має місце виражений гіперкератоз і паракератоз зернистого шару епідермісу.

Встановите остаточний діагноз?

- A. Ерітематозна пухирчатка
- B. Сімейна пухирчатка Хейлі-хейлі
- C. Т-клітинна лімфома шкіри
- D. Листоподібна пухирчатка
- E. Псоріатична ерітродермія

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.Айзятұлов 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.