

**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 №10	Вірусні захворювання шкіри: шляхи передачі, патогенез, клініка, атипові форми, терапія.
Курс	IV
Факультет	Медичний

## **Змістовний модуль №1**

### **Тема: Вірусні захворювання шкіри: шляхи передачі, патогенез, клініка, атипові форми, терапія**

**1. Актуальність теми:** Більше половини інфекційних захворювань людини викликаються вірусами. Віруси відрізняються між собою за дією на клітину. Деякі віруси викликають шкірні хвороби. У дорослих вірусні захворювання шкіри становлять 3-4%, а в дітей - до 10%. Особливо висока захворюваність серед дітей у віці 2-4 років. Проблема інфекцій, викликаних вірусом простого та оперізуючого герпеса, стає усе більше серйозною. В останні два десятиліття в усьому світі відмічається різке збільшення захворюваності простим та оперізуючим герпесом. Важкі клінічні прояви дерматозів з можливим залученням у процес слизових, їх хронічний перебіг з рецидивами й можливі наслідки роблять цю проблему значущою як для пацієнтів, так і для суспільства в цілому. Вищевикладене визначає важливість уміння розпізнавання вірусних дерматозів для лікаря загальної практики-сімейної медицини, що необхідно для визначення тактики ведення хворих і проведення профілактичних заходів.

#### **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 висипки на шкірі.
3. Вибрати й проаналізувати зі скарг хворого, даних анамнезу життя й захворювання, об'єктивного дослідження пацієнта симптоми й синдроми, що відбивають наявність вірусного ураження шкіри.
4. Скласти схему діагностичного пошуку при вірусних ураженнях шкіри, трактувати ці дані.
5. Визначити необхідний обсяг і послідовність методів обстеження, інтерпретувати їх результати
6. Виділити провідні симптоми та синдроми при вірусних ураженнях шкіри
7. На підставі скарг, анамнезу, додаткового обстеження та об'єктивних даних захворювання встановити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворого з вірусним ураженням шкіри.
8. Вибрати основні групи фармакотерапевтичних засобів, індивідуальної й суспільної профілактики при вірусних ураженнях шкіри

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

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. КАФЕДРА МЕД.БІОЛОГІЇ	• Біологічні властивості збудників вірусних уражень шкіри

<p>2. КАФЕДРА ІНФЕКЦІЙНИХ Х- Б з КУРСОМ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ</p> <p>3. КАФЕДРА МІКРОБІОЛОГІЇ</p> <p>4. КАФЕДРА ФАРМАКОЛОГІЇ</p> <p>5. КАФ.ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ</p> <p>6. КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Шляхи передачі захворювання</li> <li>• Епідеміологічна характеристика захворювань <ul style="list-style-type: none"> <li>• Знаходження збудника в патологічному матеріалі (вірусологічне дослідження,</li> <li>• Диференціювання збудників вірусних захворювань шкіри</li> <li>• Обґрунтувати вибір основних груп фармакотерапевтичних засобів при мікробних захворюваннях шкіри</li> </ul> </li> <li>• Збирати та оцінювати скарги, анамнез, дані об'єктивного обстеження хворого з мікробними захворюваннями шкіри <ul style="list-style-type: none"> <li>• Виділяти патогномонічні симптоми та типові клінічні ознаки («безсонної ночі», «лохматих рубців», некротичного стрижня, «сита»), та на їх основі встановлювати діагноз</li> <li>• Організація та проведення профілактичних заходів при вірусних ураженнях шкіри.</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:

ТЕРМІН	ВИЗНАЧЕННЯ
Вірусні дерматози	це захворювання шкіри та слизової оболонки (іноді в поєднанні з ураженням внутрішніх органів), які викликаються вірусами. Віруси – це мікроскопічні, внутрішньоклітинні паразити, які схильні до інтенсивного росту та розмноження в клітинах хазяїну. Розрізняють: герпес простий,

<p>Герпес</p>	<p>герпес оперезуючий, бородавки, гострокінцеві кондиломи та контагіозний м простий (простий пухирцевий лишай)</p> <p>– це хронічне рецидивуюче вірусне захворювання, яке викликається вірусом герпесу (I та II типу) , з появою пухирців на шкірі та слизових оболонках. Може приймати системний характер.</p> <p><i>Збудником</i> є дерматонейротропний ДНК- вміщуючий вірус простого герпесу (herpes simplex). Розмір вірусу 150 - 300 нм, розмножується в ядрі та цитоплазмі інфікованої клітини, має 14 годинний цикл розвитку . Розрізняють вірус простого герпесу I та II типу. Герпетична інфекція передається переважно контактним шляхом (через побутові предмети, поцілунки, статевий контакт) – вірус II типу, але можливе зараження й повітряно – крапельним шляхом, особливо у перші 2 роки життя - вірус простого герпесу I типу .</p> <p>Вірус проникає в організм людини через шкіру або слизові оболонки, потім потрапляє в регіонарні лімфатичні вузли, кров і внутрішні органи. В організмі людини він розповсюджується гематогенно та по нервовим волокнам. Резервуаром вірусу простого герпесу є регіонарний сенсорний ганглії (спинальний або черепно - мозковий), в якому вірус знаходиться в неактивному стані, а під впливом різноманітних факторів (переохолодження, гіперінсоляція, респіраторні захворювання, стрес,</p>
---------------	---

## Клініка

ВІЛ – інфекція) та при зниженні реактивності організму вірус активізується, переміщується по периферичним нервовим волокнам в епітелій шкіри. Первинна герпетична інфекція за звичай протікає без клінічних проявів, приймає характер вірусоносійства. На розвиток та розповсюдженість герпетичної інфекції впливає стан імунної системи організму людини (Т - клітинні механізми імунітету), а також здатність клітин виробляти інтерферон.

олюск.

Розрізняють: *первинний герпес*, що виникає при першому зараженні вірусом (частіше у дітей), та *рецидивуючий* – загострення хвороби. *Інкубаційний період* складає від кількох днів до 1 - 2 тижнів, після чого виникає пухирцева висипка на червоній окрайці та шкірі губ, крилах носу, на лобі, щоках або слизових оболонках, як правило, на місці проникнення вірусу. Передувати цьому можуть відчуття печіння, парестезій, свербіжу у місці майбутнього вогнища, можливі незначна лихоманка, гіперстезія шкіри, болі у м'язах та суглобах. Висипи утворюють поодинокі вогнища, що складаються з 3- 5 згрупованих пухирців діаметром до 2 мм з прозорим, а потім мутним та геморагічним вмістом. Вміст пухирців зсихається у жовтувато – сіру кірку, яка відпадає через 5- 6 днів та лишає гіперемовану або пігментну пляму. У інших випадках пухирці на 2 – 3 день розкриваються і

утворюється болюча ерозія яскраво – червоного кольору з поліциклічними обрисами. Висипання пухирців супроводжується відчуттям поколювання та печіння, іноді набряком тканини. Можливе нездужання, підвищення температури тіла до 38<sup>0</sup>С. При геніальному герпесі висипи локалізуються у чоловіків – на внутрішній поверхні крайної плоти, на головці та тілі статевого члену, а у жінок – на малих статевих губах, піхві, шийці матки, кліторі, стегнах, лобку. Відмічається набряклість та болючість тканини, можливий розвиток пахового лімфаденіту, явищ уретриту.

**Первинний герпес** у дитячому віці протікає з вираженими загальними явищами. Тяжкий перебіг спостерігається у новонароджених, оскільки можливе ураження ЦНС та внутрішніх органів. Частою формою є *герпетичний стоматит* у дітей віком до 1 року часто під час прорізування зубів. Висипи розповсюджені, локалізуються на різних ділянках слизової оболонки рота, губи, щоки, ясна, піднебіння. Пухирці, що з'являються на набряклій та гіперемійованій слизовій, розкриваються у перші години після появи та утворюють болючі ерозії з неправильними дрібнофестончатими обрисами. На 2 – 4 день ерозії вкриваються ніжною фібринозною плівкою, а через 1 – 2 тижні ерозії епітелізуються. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені та болючі при пальпації. У дітей до 6 років спостерігається *гострий герпетичний (гострий афтозний) стоматит*, який починається з продромальних явищ. На фоні набряку та гіперемії слизової оболонки рота виникають

***Герпетиформна екзема Капоші***

афтоподібні висипи розміром від 0,5 до 1 см з некрозом у центрі та різко вираженим запальним обідком по периферії. Висипи зливаються та утворюють обширні ерозивно – виразкові ділянки. Процес супроводжується підвищеною саливацією та різкою болючістю.

***Рецидивуючий герпес*** протікає з менш вираженими клінічними симптомами. Локалізується на обличчі, геніталіях, перигенітальній ділянці, можливий розвиток кератокон'юктивіту. Частота рецидивів буває різна: від 1 – 3 раз на рік до декількох разів на місяць. Особливо часті рецидиви геніального герпесу, у жінок який провокується менструаціями.

Окрім того розрізняють *атипові форми* простого герпесу:

- абортівна – поява невиражених папул, еритеми, некрозу, суб'єктивних відчуттів без типових висипів;
- набрякові - висипання на повіках, губах, що супроводжуються вираженим набряком;
- зостеріформна – болючі висипи спостерігаються по ходу нервів на обличчі, кінцівках, тулубі, сідницях та супроводжуються головним болем, слабкістю;
- дисемінована – одночасна поява на різних ділянках тіла вогнищ згрупованих висипів;
- мігруюча – вогнища висипів з'являються послідовно і займають нові ділянки тіла;
- геморагічна та некротична – виявляються кров'янистим характером ексудату пухирців та розвитком некрозу;
- елефантіазоподібна – тривало існуюча набряклість шкіри у





вірусного антигену та пряме визначення антигену у рідинах організму, відділяємому ерозій за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

**Диференціюють** від стрептококового та змішаного імпетигу, оперізуючого герпесу, первинної сифіломи, сифілітичних папул, ерозивно – виразкового баланопоститу, коростяних вузликів та виразок, фолікулітів в області геніталій, дитячої екземи з піодермією.

При простому герпесі використовують противірусні препарати (ацикловір по 200мг 5 раз на день курсом 5-10 днів, при рецидивуючій формі по 400 мг 5 раз на день курсом 5 днів; валтрекс по 500 мг 2 рази на день протягом 5 днів, бонафтон, фамцикловір, валацикловір, ганцикловір, зовіракс) у сполученні з лейкоцитарним інтерфероном ( на курс 3 – 5 ін'єкцій), коревим імуноглобуліном або протигерпетичним гамма – глобуліном. У між рецидивний період призначають інактивовану герпетичну вакцину. Показане застосування імуномодельючих препаратів: тактивін, тималін, декаріс, нуклеїнат натрію; адаптогенів рослинного походження. Також призначають вітаміни ( В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, аскорбінова кислота). *Місцево* застосовують противірусні препарати ( ацикловір, герпесвір, інтерференова мазь, ДНК – аза, 0,5% теброфенова мазь, 0.5% бонафтонова мазь), епітелізуючі ( солкосеріл, дерматол) засоби, анілінові барвники. Герпес оперезуючий (оперезуючий

лишай) – гостре вірусне захворювання, що проявляється згрупованими болючими висипами по ходу нервів та неврологічною симптоматикою. Збудником є вірус *Varicella zoster* – одночасно є збудником вітряної віспи. Розвиток оперезуючого лишая є результатом реактивації латентного вірусу після перенесеної у дитинстві вітряної віспи під дією неблагоприємних факторів (переохолодження, інфекції та інтоксикації, цукровий діабет, виразкова хвороба шлунку, гіперінсоляція, іонізуюче випромінювання, хвороби крові, новоутворення, застосування імунодепресантів, ВІЛ – інфекція).

**Клініка.** *Інкубаційний період* не визначений. При звичайній формі захворювання починається з продромальних явищ у вигляді нездужання, підвищення температури тіла, слабкості, головного болю, диспепсичних розладів та односторонньої невралгії певної зони інервації. Потім у зоні виникнення невралгії на гіперемованій та набряклій шкірі з'являються згруповані везикули, що розташовуються по ходу ураженого нерву чи його гілок, як правило, з однієї сторони. Висипи локалізуються на будь – який ділянці шкірного покриву та слизових оболонок. Частіше - на тулубі у зоні міжреберних нервів, по ходу гілочок трійничного нерву, на кінцівках, голові, обличчі. Вміст везикул мутніє, утворюються пустули, які розкриваються з утворенням ерозій, кірок, на місці яких залишається бурувата пігментація. Процес триває 1 – 3 тижні. Також виділяють декілька клінічних форм оперезуючого

<p><b>Бородавки (папіломовірусна інфекція)</b></p>	<p><i>герпесу:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>абортивна</b> – проявляється набряклими еритематозними та папульозними висипами по ходу нервів з болючістю у ділянках ураження;</li> <li>– <b>виразково – некротична</b> – свідчить про тяжкий перебіг захворювання, утворюються виразкові та виразково – некротичні ділянки, які вкриваються щільними кірками. Тривалість захворювання від 1 до 1,5 місяців;</li> <li>– <b>генералізована</b> – спостерігається у осіб з тяжкими супутніми захворюваннями, висипи набувають дисемінованого характеру у вигляді чисельних зливаючихся папуло-везикульозних елементів, бляшок, які займають значні ділянки шкірного покриву;</li> <li>– <b>гангренозна</b> – найбільш тяжка форма, що розвивається у ослаблених та у людей полого віку з супутніми цукровим діабетом, виразковою хворобою шлунку. Проявляється появою пухирців з кров'янистим вмістом та утворенням на їх місці ділянок гангренізації, що довго не загоюються і залишають після себе рубці;</li> <li>– <b>офтальмогерпес</b> – уражується рогівка, кон'юнктива, склера, райдужна оболонка, циліарне тіло з розвитком світлобоязні, блефароспазму, слъозотечінням, болем по ходу очного нерву. Висипи локалізуються у області обличчя, шиї, волосистої частини голови. Вірус може проникнути в субарахноїдальний простір та викликати менінгоенцефаліт з</li> </ul>
--	--

	<p>тяжким та тривалим перебігом. При оперезуючому герпес і можливі ускладнення: гангренізація висипів; генералізація з ураженням значних ділянок шкірного покриву, внутрішніх органів, ЦНС, спинного мозку; постгерпетичні невралгії, симпаталгії, гангліоніти; рецидиви.</p> <p><b>Діагностика</b> базується на клінічній картині та підтверджується вірусологічним дослідженням відбитків та зшкрібав з вогнищ ураження, мазків відділяемого урогенітального тракту з ідентифікацією вірусу, виявленням антигенів вірусу у біологічних рідинах та клітинах організму.</p> <p><b>Диференціюють</b> від бульозної форми бешихи, грипу, гепатиту, холециститу, харчової інтоксикації, зостеріформного простого герпесу, зостеріформного червоного плоского лишая, герпетиформного дерматозу Дюринга.</p> <p><b>Лікування.</b> Поряд з противірусними препаратами призначають антибіотики широкого спектру дії (рондоміцин, метациклін, тетрациклін) протягом 7 – 10 днів, саліцилати (аспірин, натрій саліциловий), сечогінні (фуросемід, лазікс), курантил для корекції мікросудинних порушень. Для знеболювання застосовують новокаїнові блокади, електрофорез з новокаїном по ходу ураженого нерву, анальгетики, паравертебрально діатермія або ультразвук. Доцільне призначення імуноглобуліну, вітамінів, біогенних стимуляторів, адаптогенів. <i>Місцево</i> призначають противірусні, антимікробні та кератопластичні засоби (анілінові барвники, фукорцин, інтерферонові та геліоміцинову мазі, синтоміцинову</p>
--	--

<p><b>Гострокінцеві (гострокінцеві бородавки) або конділоми геніальні</b></p>	<p>емульсію), комбіновані кортикостероїдні мазі.</p> <p>характеризуються появою епідермальних гіперкератотичних папул з папіломатозною реакцією дерми незапального характеру у результаті патогенної дії вірусів папіломи людини. Розрізняють віруси папіломи людини I, II, III типу. Зараження відбувається при прямому контакті або інфікуванні предметів побуту. Серед факторів, що сприяють захворюванню, виділяють: травматизацію шкіри, сухість шкіри, зниження загальної реактивності та імунітету, вегетоневрози, недотримання особистої гігієни, імунодепресивна терапія, дефект клітинного імунітету, інфікування ВІЛ.</p> <p><b>Клініка.</b> Розрізняють декілька форм:</p> <p><b>Звичайні бородавки</b> – напівсферичні, незапальні вузлики розміром від 0,1 см до крупних конгломератних утворень, щільні та шершаві на дотик з ороговінням, безболісні. Звичайно розташовуються на кистях та пальцях. Можуть досягати великих розмірів, травмуватися, кровоточити, інфікуватися. Піднігтьові бородавки можуть деформувати нігті, які ущільнюються та болять.</p> <p><b>Плоскі бородавки (юнацькі)</b> – плоскі вузлики, кольору нормальної шкіри або буруваті, з гладкою поверхнею округлої або полігональної форми, розміром 0, 1 до 0, 5 см, що розташовуються на обличчі, грудях, шиї та тильній поверхні кистей у дітей та молодих людей. Висипи</p>
---	--

## Контагіозний моллюск

множинні, часто згруповані, іноді уражають обширні поверхні.

**Підшвенні бородавки** – плоскі, тверді жовтуватого кольору гіперкератотичні розростання, одиничні або множинні, що дуже болячі при ходьбі. При огляді виявляється крапкова поверхня. Бородавки мають конічну форму з вершиною конуса всередину, що обумовлює швидкий ріст бородавки при постійному тиску при ходьбі.

**Ниткоподібні** (ворсинчасті) **бородавки** – тонкі у вигляді відростків, частково рогового характеру розростання, що локалізуються на повіках, у ділянці підборіддя, навколо ніздрів та рота, іноді з'являються на шиї, тулубі, кінцівках, у пахвинній ділянці.

**Діагноз** базується на клінічній картині.

**Диференціюють** з червоним плоским лишаєм, оmozоленністю, бородавчатим туберкульозом шкіри, папульозним сифілідом, вузликами доярок.

**Лікування.** Застосовують вітамінотерапію, імуностимулятори. Місцево призначають цитотоксичні препарати (подофілін, 5 – фторурацил, конділін, колхамінова мазь); припікаючи засоби (солкодерм, фerezол, ляпіс, 5 – 10 % трихлороцтова кислота, 40 % саліцилова кислота); протівовірусні препарати (5 % теброфенова мазь, 3-5% оксолінова мазь); деструктивну терапію (кріотерапія рідким азотом, електрокоагуляція, вуглекислотний лазер, кюретаж), хірургічне лікування. Іноді ефективна гіпносугестивна терапія.

вогнищеві або чисельні пухлиноподібні сосочкові шкірно –

	<p>слизові розростання, що розташовуються на вологих місцях, особливо при переході слизової оболонки в шкіру (геніталії, слизова оболонка уретри і прямої кишки, перианальна ділянка, слизова оболонка рота, кон'юнктива). <i>Збудник</i> про онкогенний ДНК – вміщуючий вірус папіломи людини VI та XI типів. Зараження відбувається при статевому контакті та через інфіковані предмети побуту. Факторами ризику є недотримання особистої гігієни, вологість та мацерація шкіри виділення з геніталій, травматизація, імунодефіцитні стани, захворювання сечостатевих органів.</p> <p><b>Клініка.</b> Захворювання починається з появи дрібних вузликів рожевого або сіро – червоного кольору, кількість яких поступово збільшується та сосочкові висипання зливаються між собою, з утворенням обширних вегетацій у формі півнячого гребеня або кольорової капусти. Мають основу у вигляді ніжки та долькову будову, при постійному механічному подразненні шкіра навколо висипів може червоніти та мокнути, виділяючи гній з неприємним запахом.</p> <p><b>Діагноз</b> не викликає затруднень, підтверджується дослідженням на наявність вірусного антигену за допомогою ПЛР.</p> <p><b>Диференціюють</b> з широкими кондиломами, папульозним сифілідом, гемороєм, ворсинчастими папіломами, вегетуючою пухирчаткою, спиноцелюлярною епітеліомою.</p> <p><b>Лікування.</b> Рекомендують присипки з резорцином та дерматолом, ефективно застосування</p>
--	--

подофіліну, фerezолу, солкодерму, кондиліну. Можливе змащування 20 % розчином ляпісу, 0,5 % колхаміновою, рідоксоловою, теброфеновою, бонафтоною, оксоліновою мазями. Можливе застосування діаіермокоагуляції, кріотерапії рідким азотом, кюретажу та лазеротерапії. При крупних утвореннях застосовують хірургічне видалення кондилом.

доброякісне вірусне захворювання шкіри та слизових оболонок у вигляді напівкулястих вузликів розміром до 0,5 см з пупковидним вдавленням у центрі. Хворіють переважно діти. *Збудник* ДНК - вміщуючий вірус групи віспи. Зараження відбувається при прямому контакті з хворою людиною, через інфіковані предмети побуту, при статевому контакті.

**Клініка.** Інкубаційний період від 2 тижнів до 3 - 6 місяців. У місцях інюкуляції вірусу виникають округлі сплюснені вузлики з гладкою блискучою поверхнею, білуватого або жовтувато – рожевого кольору з пупковидним вдавленням у центрі розміром близько 0,1 см, поступово вони збільшуються до 0,5 см. При натискуванні пінцетом на папули із пупковидного вдавлення виділяється крихтоподібна маса білуватого кольору, що складається з рогових клітин, жиру та моллюскових тілець. Звичайно висипи множинні, розташовуються невеликими групами або дисеменовано. Локалізуються на обличчі, шиї, грудях, тилі кистей, зовнішніх статевих органах, промежині, внутрішній поверхні стегон, долонях та підощвах. Висипання можуть існувати декілька місяців і навіть років. Розрізняють



	<p><i>атипові</i> форми контагіозного моллюску: гігантські ( 2 - 3 см у діаметрі), рогові, кистозні, виразкові, фурункуло-, міліа-, акне- та бородавкоподібні.</p> <p><b>Діагноз</b> встановлюють на основі клінічної картини, знаходженні моллюскових тілець при мікроскопії та циркулюючих антитіл у крові за допомогою імунофлюоресцентного метода.</p> <p><b>Диференціюють</b> від звичайних та плоских бородавок, гострокінцевих кондилом, вугревої висипки, міліуму, фолікулітів, базаліоми, кератоакантоми, алергічного дерматиту.</p> <p><b>Лікування.</b> Ефективним способом є видалення кожного елементу гострою кюреткою, можливе проколювання поверхні елементи у декількох місцях та видавлювання вмісту. Після чого елемент змащують настійкою йоду, нітрату срібла, ферезолом, фенолом. Загоювання відбувається без утворення рубця. Після видалення моллюсків місце ураження протягом декількох днів протирають камфорним спиртом. Можливе застосування діатермокоагуляції, криотерапії.</p>
--	---

#### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Класифікація псоріазу та червоного плоского лишая
2. Етіологія і патогенез псоріазу та червоного плоского лишая
3. Клінічні форми псоріазу і червоного плоского лишая
4. Перебіг захворювань
5. Симптоми, які характерні для псоріазу і червоного плоского лишая
6. Диференціальна діагностика псоріазу і червоного плоского лишая
7. Тактика ведення пацієнта з псоріазом і червоним плоским лишаєм

#### 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**

#### **Завдання №1**

Хвора 33 років звернулася до терапевта зі скаргами на головні болі, лихоманку, нездужання, підвищення температури тіла до 38°C протягом 5 днів, що з'явилися після переохолодження. Об'єктивно: в області червоної облямівки верхньої губи праворуч шкіра набрякла, гіперемована з наявністю групи міхурців, ерозій, скоринок. Аналогічні висипання були 3 місяці назад. Страждає на хронічний гастрит, вегето-судинну дистонію.

***Які дані анамнезу свідчать про хронічний перебіг захворювання?***

- A. Хворіє протягом 5 днів.
- B. Поява симптомів після переохолодження.
- C. Наявність аналогічних висипань 3 місяці назад.
- D. Хронічний гастрит в анамнезі.
- E. Вегетосудина дистонія в анамнезі.

*Еталон відповіді до завдання №1: C*

#### **Завдання №2**

У хворого 45 років при зверненні до дерматолога зі скаргами на свербіж шкіри та наявність висипань виявлені міхурці із серозним вмістом на шкірі бічних поверхонь тулуба, по ходу міжреберних нервів.

***Який метод дослідження необхідно застосувати для оцінки елементів висипки на шкірі?***

- A. Пальпацію.
- B. Огляд.
- C. Перкусію.
- D. Аускультацію.
- E. Опитування.

### **Завдання №3**

До лікаря звернулася мати зі скаргами на наявність у її 4-х річної дитини висипань на шкірі особи, кистей. При огляді в області передпліч, кистей, щок, повік є множинні щільні вузлики напівкулястої форми кольору нормальної шкіри з пупковидним вдавленням у центрі.

***Яке захворювання можна запідозрити?***

- A. Псоріаз.
- B. Червоний плоский лишай.
- C. Фолікуліт.
- D. Контагіозний моллюск.
- E. Вульгарні бородавки.

### **Завдання №4**

До стоматолога звернулася хвора 45 років, вихователь дитячого саду зі скаргами на висипання в порожнині рота, сильні головні болі, які турбують протягом 3 днів. 2 тижня назад у дитячому саду уведений карантин по вітряній віспі. Протягом 10 років страждає хронічним пієлонефритом. Об'єктивно: на слизовій оболонці м'якого піднебіння та щоки праворуч є одностороннє вогнище ураження. Шкіра у вогнищі різко набрякла, гіперемована з наявністю поодиноких згрупованих міхурців із серозним вмістом, ерозією з фестончастими обрисами, деякі з них вкриті щільним фіброзним нашаруванням. Лікар запідозрив простий міхурцевий лишай, герпетичний стоматит.

***Які дані анамнезу допомогли в постановці діагнозу?***

- A. Введення карантину.
- B. Професія.
- C. Тривалість захворювання.
- D. Наявність пієлонефриту.
- E. Стать.

### **Завдання №5**

У поліклініку на прийом до лікаря звернулася хвора 42 років зі скаргами на наявність висипань на шкірі обличчя, свербіж, печіння. Занедужала гостро. Об'єктивно: в області червоної облямівки нижньої губи ліворуч на тлі набряку та гіперемії є безліч згрупованих міхурців із серозним вмістом, а також ерозії з фестончастими краями.

***Яка група лікарських препаратів дозволить усунути свербіж?***

- A. Ферменти.
- B. Антибіотики.
- C. Антигістамінні препарати.
- D. Вітаміни.
- E. Сульфаніламідні препарати.

#### **4.2. Теоретичні питання до заняття:**

8. Класифікація пухирчастих захворювань
9. Етіологія і патогенез бульозних дерматозів
10. Клінічні форми пухирчатки
11. Симптоми, які характерні для акантолітичної пухирчатки з ГДД, доброякісної сімейної пухирчатки, бульозного пемфігоїду
12. Диференціальна діагностика акантолітичної пухирчатки з ГДД, доброякісною сімейною пухирчаткою, бульозним пемфігоїдом
13. Тактика ведення пацієнта з акантолітичною пухирчаткою, ГДД, доброякісною сімейною пухирчаткою, бульозним 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 бульозне вогнище в ділянці кута рота.

На підставі скарг та епідеміологічного анамнезу встановить попередній діагноз?

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

## **Завдання №2**

У пацієнтки Є, 65 років, з'явилися ерозії на слизистих оболонках порожнини рота і геніталій, а надалі міхури з в'ялими покришками 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 гиперхроматичне базофільне забарвлення, оточені вузьким різко обкресленим віночком гомогенної протоплазми.

Як називається даний різновид клітин?

- A. Еозинофіли
- B. Клітини Тцанка
- C. Атипові кератіноцити
- 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. Акантолїзіс
- C. Вакуолїзація
- D. Баллонїрующая 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 мокнотія 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 швидкозскриваючихся пухирей в області обличчя, грудей, міжлопаткових ділянок. У гістологічному препараті є явища акантолїзіса 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.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.