**Азербайджанский Медицинский Университет**

**Кафедра Дерматовенерологии**

**Практическое занятие № 3**

**Бактериальные дерматозы (туберкулез кожи, лепра). Кожный лейшманиоз.**

*Эпидемиология. Этиопатогенез. Клинические и патоморфологические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.*

**ВОПРОСЫ/ОТВЕТЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ САМОПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ**

1.Дайте определение туберкулеза кожи.

МКБ-10: A18.4 Туберкулез кожи (Tuberculosis cutis)-хроническая бактериальная инфекция кожи и слизистых оболочек, вызываемая туберкулезной палочкой, характеризующаяся разнообразием клинических проявлений и образованием специфических гранулем в коже.

2.Укажите возбудителя туберкулеза кожи.

Возбудитель туберкулеза кожи - Mycobacterium tuberculosis-грамположительный аэроб, представитель рода Mycobacterium,в структуре которых содержится миколевая кислота.

3.Укажите, какой тип микобактерий вызывает туберкулез кожи у человека.

В очагах туберкулеза кожи наиболее часто обнаруживают микобактерии человеческого типа (typ.humanus), реже – бычьего типа (typ.bovinus) и крайне редко – птичьего типа (typ.avium).

4.Укажите источник и пути передачи инфекции при туберкулезе кожи.

Источник заражения-больной человек, зараженный скот.

Пути передачи-экзогенный, эндогенный, по протяжению (per continuitatum), аутоинокуляция.

5.Укажите тест, который применяют для диагностики туберкулеза.

Тест Манту-внутрикожное введение туберкулина - 2ТЕ.

6.Укажите классификацию туберкулеза кожи.

1.Туберкулез кожи первичный (Tuberculosis cutis primaria), развившийся у ранее неинфицированных лиц.

2.Туберкулез кожи (Tuberculosis cutis), развившийся у ранее инфицированных лиц.

Локальные формы

● туберкулезная волчанка(lupus vulgaris)

● колликвативный туберкулез син. скрофулодерма(tuberculosis colliqvativa sin. scrofuloderma)

● бородавчатый туберкулез(tuberculosis verrucosa)

● милиарно-язвенный туберкулез(tuberculosis miliaris ulcerosa)

Диссеминированные формы

● папулонекротический туберкулез (tuberculosis papula necrotica)

● индуративный туберкулез (tuberculosis indurativa)

● лихеноидный туберкулез син. лишай золотушных (tuberculosis lichenoides sin. lichen scrofulosorum)

● милиарный диссеминированный туберкулез лица (tuberculosis miliaris disseminatus faciei)

7.Перечислите характерные для туберкулеза кожи высыпные элементы.

При туберкулезе кожи отмечаются высыпания *бугорков(узелков)*-туберкулезная волчанка, бородавчатый туберкулез,милиарно-язвенный туберкулез, папулонекротический туберкулез, лихеноидный туберкулез, милиарная дисеминированная волчанка и *узлов*-колликвативный туберкулез, индуративный туберкулез.

8.Укажите характерные клинические признаки туберкулезного бугорка (узелка).

Туберкулезные бугорки (узелки) - округлой формы, мягкой консистенции, склонны к слиянию, в зависимости от формы туберкулеза кожи - разных размеров и окраски от бледно - розового, буровато-красного до коричневато-красного цвета. При диаскопии бугорков цвет их меняется на желтоватый-"симптом яблочного желе", а при надавливании зондом отмечается болезненность и проваливание зонда - "симптом зонда". В процессе разрешения бугорков образуются язвы с подрытыми краями, завершающиеся рубцом.

9.Опишите патоморфологические проявления туберкулеза кожи.

В дерме формируется гранулема из эптелиоидных клеток, окруженных лимфоцитами, характерно наличие гигантских клеток Лангханса и казеозного некроза в центре.

10.Укажите пути профилактики туберкулеза кожи.

Раннее выявление, регистрация и адекватное лечение больных. С целью профилактики проводится вакцинация населения вакциной БЦЖ (BCG-Bacille de Calmette et de Guerin)-живой противотуберкулезной вакциной из аттенуированного штамма M.tuberculosis.

11. Отметьте, на чем основывается диагностика туберкулеза кожи.

Диагноз туберкулеза кожи устанавливается на основание анамнеза, результата туберкулиновой пробы, а также клинической и патоморфологической картины. Метод ПЦР позволяет идентифицировать ДНК M.tuberculosis в поврежденных тканях.

12.Укажите сущность теста Манту и критерии его оценки.

Проба Манту (туберкулиновая проба) является диагностическим тестом на предмет инфицированности организма микобактериями туберкулеза. Проба Манту проводится путем внутрикожного введения 2ТЕ туберкулина и оценивается через 72 часа. *Отрицательный* результат - отсутствие инфильтрата или уколочная реакция; *сомнительный* результат *-*наличие папулы диаметром 2-4мм; *положительный* результат *-* наличие папулы диаметром 5мм и более.

13. Перечислите, с какими заболеваниями дифференцируют туберкулез кожи.

Дискоидная красная волчанка, лейшманиоз кожный, лепра, сифилис.

14.Назовите препараты, которые используют для лечения туберкулеза кожи.

● препараты высокой эффективности:изониазид (тубазид), рифампицин.

● препараты средней эффективности: этамбутол, протионамид, пиразинамид, стрептомицин, канамицин.

● препараты умеренной эффективности: ПАСК,тибон.

15. Дайте определение лепры.

МКБ-10: A30 Лепра, син. болезнь Хансена (Leprosy,sin. Hansens disease) - хроническая бактериальная инфекция, вызываемая микобактерией лепры, характеризующаяся поражением кожи, слизистых оболочек, периферической нервной системы и внутренних органов.

16.Укажите возбудителя лепры.

Возбудитель лепры -Mycobacterium lepra-грамположительный аэроб, обладает тропизмом к периферическим нервам.

17.Укажите источник инфекции и пути передачи инфекции при лепре.

Источник инфекции-инфицированный человек.

Пути передачи - воздушно-капельный, возможен чрезкожный, трансмиссивный.

18. Перечислите классификации лепры.

Существуют 2 классификации лепры:Мадридская и Ридли-Джоплинга.

По *Мадридской классификации* выделяют 2 полярных типа лепры - лепроматозный и туберкулоидный и 2 промежуточных типа: недифференцированный (диморфный) и пограничный.

По *классификации Ридли-Джоплинга выделяют*:

ТТп-полярный туберкулоидный тип лепры

ТТс-субполярный туберкулоидный тип

ПТ-погранично-туберкулоидный тип

ПП-пограничная лепра

ПЛ-погранично-лепроматозный тип

ЛТс-субполярный лепроматозный тип

ЛТп-полярный лепроматозный тип

19. Дайте характеристику лепроматозного типа лепры.

Относительно тяжелое течение болезни, высокая контагиозность, отрицательный лепроминовый тест, большое количество М.leprae в зонах поражения, раннее вовлечение в процесс слизистых оболочек и внутренних органов, позднее вовлечение периферической нервной системы. На коже появляются многочисленные элементы до 10-100 и более(пятна эритематозно-пигментные, узелки/бугорки/бляшки, узлы),небольших размеров(менее 2 см в диаметре),с нечеткими контурами, симметричные, разрешающиеся с образованием вторичных дисхромичных пятен, язв, рубцов. Поздно нарушаются чувствительность, сало- и потоотделение, выпадают пушковые/щетинистые волосы.

20.Дайте характеристику туберкулоидного типа лепры.

Относительно мягкое течение болезни, слабая контагиозность, положительный лепроминовый тест, раннее вовлечение периферической нервной системы в процесс, M.leprae в очагах поражения, как правило, не обнаруживаются. На коже появляются немногочисленные, до 1-10 элементов(пятна эритематозно-гипопигментированные,папулы/бугорки/бляшки,узлы),больших размеров(более 5 см в диаметре),четко очерченные, асимметричные, разрешающиеся с образованием вторичных ахромичных пятен, иногда рубцовой атрофии. Рано нарушаются чувствительность, сало- и потоотделение, выпадают пушковые/щетинистые волосы.

21.Опишите патоморфологические проявления при лепре.

В дерме формируется гранулема из эпителиоидных и гигантских многоядерных клеток, окруженных лимфоцитами. В свежих лепрозных очагах выявляются M.leprae.

22.Перечислите, с какими заболеваниями дифференцируют лепру.

Лейшманиоз кожный, туберкулез кожи, себорейная экзема, микозы, витилиго, сифилис.

23.Укажите методы лабораторной диагностики лепры.

● бактериоскопический/микроскопический

Материалом для исследования служит соскоб со слизистой оболочки носовой перегородки и с рассеченных тканей. Также в качестве диагностического материала используются скарификаты с мочек ушных раковин, подбородка, надбровных дуг, дистальных отделов конечностей.

● ПЦР - идентификация ДНК M.leprae в пораженных тканях

● лепроминовый тест

● патоморфологическое исследование

24.Перечислите методы профилактики лепры.

Раннее выявление, регистрация и адекватное лечение больных; изоляция пациентов с положительной лепроминовой пробой; соблюдение санитарно-гигиенических правил; контроль лиц, находившихся в контакте с больными; при необходимости у больных с отрицательной лепроминовой пробой проводится превентивное лечение.

25.Укажите методы лечения лепры.

Лечение лепры - комплексное, проводится системными антибактериальными препаратами рифампицин, клофазимин (лампрен), дапсон.

26. Дайте определение кожного лейшманиоза.

МКБ-10: B55.1 Кожный лейшманиоз (Leishmaniosis cutis)-трансмиссивное инфекционное заболевание, эндемичное для регионов с жарким климатом, вызываемое паразитическими простейшими рода Leishmania.

27.Дайте характеристику возбудителя кожного лейшманиоза.

Возбудитель лейшманиоза-Leishmania-относится к паразитическим простейшим(Protozoa).Существуют 2 формы Leischmania:L.tropica major и L.tropica minor.

28.Укажите источник инфекции, переносчиков и пути передачи кожного лейшманиоза.

Источники инфекции-зараженные люди и животные (грызуны: мыши, крысы, ежи, суслики, песчанки, а также -волки и собаки)

Переносчики инфекции-самки москитов рода Phlebotomus (Старый Свет), Lutzomyia и Psychodopygus(Новый Свет).

Путь передачи инфекции-заражение происходит при укусе здорового человека/животного инфицированным москитом.

29.Отметьте, какой вид Leishmania вызывает кожный лейшманиоз в Азербайджане.

В Азербайджане-эндемичной зоне кожного лейшманиоза, заболевание вызывают 2 вида Leishmania: L.tropica major и L.tropica minor.

L.tropica major обусловливает зоонозный тип заболевания, обитает и паразитирует на животных.

L.tropica minor вызывает антропонозный тип лейшманиоза кожи, паразитирует на человеке.

30.Дайте клиническую характеристику сельского типа кожного лейшманиоза.

Сельский (зоонозный) тип - на месте укуса появляются одиночные, редко множественные узелки/бугорки(лейшманиомы),ярко-красного цвета, округлой формы, размером 0,2-0,5 см. Через 3-5 дней узелок увеличивается в размерах до 2,0 см, превращается в фурункулоподобный узел тестоватой консистенции. Через 1-3 недели начинается центральный некроз лейшманиомы, который продолжается 1-3 месяца. По мере очищения от некротических масс образуется кратерообразная язва. Через 2-5 месяцев язва рубцуется с образованием втянутого рубца.

31.Дайте клиническую характеристику городского типа кожного лейшманиоза.

Городской (антропонозный) тип - на месте укуса образуется папула/бугорок, темно-красного цвета, округлой формы с гладкой поверхностью, размером 0,1-0,2 см. Через 3-6 месяцев папула достигает в размерах 2,0 см. В центре папулы формируется кратерообразное углубление, заполненное роговыми корко-чешуйками, под которыми наступает заживление, либо корко-чешуйки отторгаются, обнажая поверхностную язву. Через 6-12 месяцев процесс завершается образованием рубца.

32.Проведите дифференциальную диагностику городского и сельского типа кожного лейшманиоза.

Сельскому типу свойственна сезонность, связанная с жизнедеятельностью москитов в теплое время года(май-сентябрь). Поражаются преимущественно нижние конечности. Инкубационный период составляет 1-5 нед, длительность заболевания-3-6 мес.

Городской тип не связан с сезонностью. Чаще поражается лицо, реже нижние конечности. Инкубационный период длится в среднем 3-6 мес, иногда 1-2 года. Заболевание характеризуется длительным течением.

33.Перечислите атипичные формы кожного лейшманиоза.

Туберкулоидный, абортивный.

34.Перечислите, с какими заболеваниями дифференцируют кожный лейшманиоз (б-нь Боровского).

● лепра - характерна потеря чувствительности в очагах поражения

● туберкулез кожи-характерны положительные симптомы "яблочного желе", "зонда", позитивная туберкулиновая проба, при патоморфологическом исследовании-гранулема из эпителиоидных клеток, лимфоцитов и клеток Лангханса

● фурункул/карбункул - характерны острое начало, гнойный стержень, болезненность.

35.Отметьте, на чем основывается диагностика кожного лейшманиоза.

● клиническая картина

● анамнестические данные о пребывании больных в эндемических районах

● цитологическое исследование-обнаружение Leischmania в мазках-отпечатках.

● ПЦР-подтверждает диагноз лейшманиоза и позволяет отдифференцировать различные виды Leischmania

36.Укажите химиотерапевтический метод лечения кожного лейшманиоза.

Препаратом выбора при химиотерапевтическом методе лечения является препарат пятивалентной сурьмы (спитоглюконат натрия или мегломина антимониат) - глюкантим, который вводится внутримышечно или используется для внутриочагового введения. Препаратами второго ряда являются-пентамидин, амфотерицин В, метронидазол, итраконазол, кетаконазол, хлорохин.

37.Укажите деструктивные методы лечения кожного лейшманиоза.

Лазеро- электро- криодеструкция.

38.Укажите методы профилактики кожного лейшманиоза.

Большое значение имеют своевременное выявление и лечение больных, применение индивидуальных средств защиты от москитов в эндемичных районах, дезинфекция домов и подсобных помещений инсектицидами.