**Азербайджанский Медицинский Университет**

**Кафедра Дерматовенерологии**

**Практическое занятие №5**

**Дерматомикозы (трихофития,**

**фавус, микроспория, глубокие микозы)**

*Эпидемиология.Этиология.Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.*

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

1.Дайте определение трихофитии.

 МКБ10:B35 Трихофития-поверхностное грибковое заболевание из

 группы дерматофитий, обусловленное различными видами патогенных

 грибов рода Trichophyton spp. и характеризующееся поражением гладкой

 кожи, волос, реже ногтевых пластинок, высокой контагиозностью.

 2. Перечислите клинические формы трихофитии.

* поверхностная трихофития гладкой кожи
* поверхностная трихофития волосистой части головы
* хроническая трихофития
* трихофития ногтей
* инфильтративно-нагноительная трихофития
* фавус (парша)
* черепитчатый микоз (токело)

3. Назовите источники и пути передачи инфекции при трихофитии.

 Источники инфекции - больной человек и больные животные. Пути

 передачи инфекции - прямой контакт с больным человеком, больными

 животными и инфицированными предметами.

 4. Назовите возбудителей трихофитии.

* Trichophyton violaceum, T.tonsurans (Тrichophyton endothrix)- возбудители поверхностной и хронической трихофитии.
* T.mentagraphytes, T.verrucosum (Тrichophyton ectothrix) - возбудители инфильтративно-нагноительной трихофитии.

 5. Объясните, что такое Тrichophyton endothrix и Тrichophуton ectothrix.

 При поражении волос Т. endothrix споры гриба располагаются внутри

 волоса. При поражении волос Т.ectothrix споры гриба окутывают волос

 снаружи.

 6. Укажите локализацию трихофитии.

 Кожа лица, шеи, туловища, конечностей, волосы волосистой части головы и лица, в редких случаях ногти.

 7.Опишите клинические проявления при поверхностной трихофитии

 гладкой кожи.

 На гладкой коже - эритематозно-сквамозные пятна, слегка отечные,

 округлые, розово-красного цвета, с четкими границами, склонные к

 периферическому росту и формированию периферического валика.

 8.Опишите клинические проявления при хронической трихофитии

 гладкой кожи.

 На гладкой коже - эритематозно-сквамозные пятна округлые, не

 имеющие четких границ, застойно синюшного цвета.

 9. Опишите клинические проявления при инфильтративно-нагноительной

 трихофитии гладкой кожи.

 На гладкой коже – бляшки округлой формы, насыщенно-красного цвета с

 выраженной пустулизацией на поверхности и склонностью к

 периферическому росту.

 10. Укажите форму трихофитии гладкой кожи, которая разрешается

 рубцеванием.

 Инфильтративно-нагноительная трихофития.

11.Укажите, как повреждаются волосы при поверхностной трихофитии

 волосистой части головы.

 При поверхностной трихофитии волосистой части головы волосы в

 пределах очагов поражения теряют блеск и эластичность, обламываются

 на уровне кожи в виде черных точек или на уровне 2-3 мм над

 поверхностью кожи.

12. Укажите, как повреждаются волосы при хронической трихофитии

 волосистой части головы.

 При хронической трихофитии волосистой части головы волосы в очагах

 поражения обламываются в виде черных точек.

13.Укажите, как повреждаются волосы при инфильтративно-нагноительной

 трихофитии волосистой части головы.

 При инфильтративно-нагноительной трихофитии волосы в очагах

 поражения не обламываются, но расшатываются, выпадают или легко

 безболезненно удаляются и очаг поражения выглядит как очаг алопеции.

 14.Отметьте субъективные ощущения у больных трихофитией.

 При всех видах трихофитий отмечается разной интенсивности зуд, при

 инфильтративно-нагноительной трихофитии – болезненность.

 15.Укажите причины распространенности трихофитии среди детей.

 Распространенность трихофитии среди детей до 14-15 лет объясняется

 слабостью бактерицидных свойств сыворотки крови на фоне

 недостаточности клеточно-гуморального иммунитета и низким уровнем

 кератина и фунгистатина в клетках кожи и волос.

 16.Перечислите предрасполагающие факторы, способствующие развитию

 фавуса(парша).

 Иммуннодефицит, хронические соматические и инфекционные

 заболевания, эндокринопатии, авитаминоз, нарушение санитарно-

 гигиенических правил.

 17.Укажите возбудителя и источник инфекции при фавусе.

 Возбудитель фавуса ( МКБ-10:В35)- Trichophyton shonleinii

 (Тrichophyton endothrix). Источник инфекции- больной человек, в

 основном, женщины.

18.Укажите локализацию и формы фавуса.

 Фавус локализуется на коже волосистой части головы с поражением

 волос,на гладкой коже лица,туловища,конечностей,поражаются ногтевые

 пластинки. Выделяют 3 формы фавуса- классическая

 (скутулярная),импетигенозная,сквамозная форма.

19.Опишите клинические проявления при фавусе.

 При скутулярной форме – чешуйки и сухие корки ( скутулы) желтовато-

 оранжевого цвета, блюдцеобразной формы, имеющие неприятный запах.

 При импетигинозном фавусе на фоне эритемы наблюдаются гнойнички,

 корки, чешуйки.При сквамозной форме отмечаются эритематозно-

 сквамозные очаги в большом количестве.

20.Объясните, что такое скутула.

 Скутула- корко-чешуйки желтовато- оранжевого цвета,блюдцеобразной

 формы,с неприятным запахом, представляющие чистую культуру

 фавусного гриба.

21.Укажите, как поражаются волосы и ногти при фавусе.

 При фавусе поврежденные волосы не обламываются,но теряют

 эластичность и блеск, становятся сухими и тусклыми, похожими на

 старый парик, с легкостью эпилируются.Поражение ногтевых пластинок-

 по типу онихомикоза другой этиологии.

22.Дайте определение микроспории.

МКБ10:В35 Микроспория-поверхностное грибковое заболевание из

группы дерматофитий,обусловленное разными видами патогенных грибов рода Microsporum spp. и характеризующееся поражением гладкой кожи, волос, редко ногтевых пластинок, высокой контагиозностью.

23.Укажите возбудителей и формы микроспории (стригущего

 лишая).

 Микроспория, вызываемая антропофильными грибами(возбудители –

 М.audouinii, M.ferrugineum).

 Микроспория, вызываемая зоофильными грибами(возбудители – М.сanis,

 M.distortum).

 Микроспория, вызываемая геофильные грибами(возбудители – M.

 gypsem, M.nanum).

24. Перечислите предрасполагающие при факторы микроспории.

 Возраст, микротравмы, изменение химического состава пота,

 нейроэндокринопатии, иммунодефицит, интоксикации, хронические

 болезни.

25.Укажите источник инфекции при микроспории.

 Источник инфекции- больной человек, зараженные животные, почва.

26.Укажите локализацию микроспории.

 Кожа волосистой части головы, лица,туловища,конечностей,волосы и

 редко ногтевые пластинки.

27.Опишите клинические проявления при микроспории гладкой кожи.

 На гладкой коже- эритематозно-сквамозные пятна округлой

 формы,розово-красного цвета,размером 0.5-5.0 см,имеющие четкие

 очертания,склонные к периферическому росту и к образованию

 периферического валика.

28.Отметьте субъективные ощущения при микроспории.

 Слабый зуд.

29.Опишите клиническую картину при микроспории волосистой части

 головы.

 На коже волосистой части головы - эритематозно-сквамозные очаги

 округлой формы, беспорядочно расположенные, не имеющие четких

 границ, мелкие, склонные к периферическому росту, не имеющие

 признаков воспаления.В очагах поражения волосы обламываются на

 уровне 4-6 мм над поверхностью кожи.

30.Укажите диагностический тест, используемый при микроспории

 волосистой части головы.

 Для диагностики пораженных волос при микроспории используется

 люминесцентная лампа Вуда.Пораженные волосы в лучах лампы

 Вуда дают характерное зеленоватое свечение.

 31.Укажите, на какие группы подразделяются глубокие микозы.

 Условно глубокие микозы делятся на две группы: *подкожные микозы* –

 глубокие микозы,характеризующиеся первичным поражением кожи и

 подкожно-жировой клетчатки; *системные микозы* - глубокие микозы,

 характеризующиеся первичным поражением внутренних

 органов. Поражение кожи при системных микозах происходит при

 гематогенной или лимфогенной диссеминации процесса.

32.Перечислите заболевания, которые входят в группу подкожных и

 системных микозов.

 Подкожные микозы – споротрихоз, хромобластомикоз, мицетома,

 лобомикоз. Системные микозы – кокцидиоидоз, гистоплазмоз,

 бластомикоз, паракокцидиоидоз.

33.Дайте определение кокцидиоидоза, укажите возбудителя и особенности

 течения.

 МКБ­-10:В38 Кокцидиоидоз – системный микоз, протекающий с

 первичным поражением легких. При гематогенной диссеминации

 возбудитель попадает в кожу, костную ткань,мозговые

 оболочки.Возбудитель кокцидиоидоза Coccidioides immitis-диморфные

 грибы,находящиеся в почве.У 60% больных болезнь протекает

 бессимптомно и наблюдается самостоятельное излечение.

 34.Укажите кожные проявления при диссеминированном кокцидиоидозе.

Излюбленная локализация – крестцово-копчиковая, аногенитальная области, подкрыльцовые ямки, лицо, шея. Узелки, гнойнички, бляшки, абсцессы, флегмоны, фистулы, язвы, бородавчатые разрастания, гранулемы.

35. Перечислите заболевания, с которыми следует дифференцировать

 диссеминированный кокцидиоидоз.

 Бородавки, пиодермии,почесуха,кератоакантома,другие глубокие микозы,

 туберкулез кожи,сифилис.

36. Дайте определение гистоплазмоза,укажите возбудителя.

 МКБ – 10:В39 Гистоплазмоз-системный микоз, протекающий с

 первичным поражением легких.При гематогенной диссеминации

 возбудитель попадает в кожу, слизистые оболочки, печень, селезенку,

 мозговые оболочки.Возбудитель гистоплазмоза Histoplasma capsulatum-

 диморфный гриб, обитает в почве, помете птиц, летучих мышей.

37.Укажите клинические проявления гистоплазмоза на коже и слизистых

 оболочках.

 Локализация- кожа лица, конечностей, туловища,слизистые оболочки

 полости рта, мягкого неба, гортани,носа.

 В очагах поражения– узелки ороговевающие и некротические, узлы,

 эритематозные пятна, иногда пустулы,вегетирующие бляшки;могут

 развиться паникулит,эритродермия.

38. Перечислите заболевания, с которыми следует дифференцировать

 гистоплазмоз.

 Другие глубокие микозы, туберкулез кожи,лимфома кожи,сифилис,

 плоскоклеточный рак кожи.

39.Дайте определение североамериканского бластомикоза,укажите

 возбудителя.

 МКБ-10:В40 Североамериканский бластомикоз- системный микоз,

 протекающий с первичным поражением легких, часто бессимптомно.При

 гематогенной диссеминации возбудитель попадает в кожу, костную ткань,

 мозговые оболочки, печень, надпочечники, предстательную железу.

 Возбудитель – Blastomyces dermatidis Gilchrist, диморфный

 дрожжеподобный гриб.

40.Укажите клинические проявления на коже при североамериканском

 бластомикозе.

 Излюбленная локализация – симметричное поражение туловища, реже-

 лица,верхних конечностей.В очагах поражения появляются папулезно-

 пустулезные элементы, формируются папилломатозно-язвенные бляшки с

 последующим рубцеванием, напоминающим географическую карту.

41.Укажите заболевания, с которыми дифференцируют североамериканский

 бластомикоз.

 Глубокие формы пиодермий,бородавчатый туберкулез,лепра, другие

 глубокие микозы, грибовидный микоз, плоскоклеточный рак кожи,

 сифилис.

42.Дайте определение споротрихоза, укажите возбудителя.

 МКБ-10:В42 Споротрихоз – подкожный микоз, поражающий кожу,

 подкожную клетчатку, слизистые оболочки.При лимфогенной

 диссеминации возбудитель попадает в лимфатическую систему, при

 гематогенной диссеминации – в костную ткань, глаза, мозговые

 оболочки, внутренние органы.Возбудитель споротрихоза Sporothrix

 schenskii-диморфный, дрожжеподобный гриб,обитает в почве и на

 растениях.

43.Укажите клинические проявления споротрихоза на коже и слизистых

 оболочках.

 Излюбленная локализация – тыл кистей и пальцев кистей, стоп и пальцев

 стоп, у детей – лицо; слизистые оболочки полости рта, зева, гортани, носа.

 В очаге поражения, на коже появляются папула/пустула/узел, которые,

 изъязвляясь, образуют болезненный «споротрихозный шанкр». На

 слизистых оболочках отмечаются эритематозно-язвенные и

 папилломатозные поражения.

44.Укажите заболевания, с которыми следует дифференцировать

 споротрихоз.

 Глубокие формы пиодермий, туберкулез кожи, лейшманиоз, другие

 глубокие микозы, сифилис.

45.Дайте определение хромобластомикоза, укажите возбудителя.

 МКБ-10:В43 Хромобластомикоз ( син.болезнь Пьедрозо,черный

 бластомикоз)-подкожный микоз, поражающий кожу, подкожную

 клетчатку, нередко сочетающийся с поражением внутренних органов,

 костной ткани. Возбудитель – грибы семейства Dematiaceae, продуцируют

 меланин, обитают в почве и на растениях; Fonsecaea spp., Phialophora verrucoza, Cladophialophorae carrionii, Rinocladilla aquaspera

46.Укажите клинические проявления хромобластомикоза на коже.

 Излюбленная локализация – одностороннее поражение кожи голени,

 стопы, реже кисти, груди. В очагах поражения появляются

 узелки/бугорки, узлы, которые, разрастаясь, превращаются в бляшки с

 папиломатозно-язвенными разрастаниями, на поверхности. Очаги могут

 охватить всю голень или стопу с признаками слоновости.

47.Укажите заболевания, с которыми дифференцируют хромобластомикоз.

 Глубокие формы пиодермий, туберкулез кожи, лепроматозный тип лепры,

 лейшманиоз кожный, другие глубокие микозы, плоскоклеточный рак

 кожи, сифилис.

48.Дайте определение мицетомы, укажите возбудителя.

 МКБ-10:В47 Мицетома – подкожный микоз, поражающий

 кожу,подкожную клетчатку, фасции, мышцы, костную ткань и

 сопровождающийся слоновостью, деформацией тканей. Возбудитель –

 грибы Madurella spp ;обитают в почве.

49.Укажите клинические проявления при мицетоме.

 Излюбленная локализация – одностороннее поражение голени, стопы,

 кисти, реже – туловища, предплечья, бедра, ягодиц. В очагах поражения

 появляются болезненная папула или узел, который, изъязвляясь, приводят

 к образованию свищевых ходов с гнойным отделяемым. Процесс

 распространяется на подлежащие ткани, развивается слоновость,

 деформация конечностей.

50.Укажите заболевания, с которыми дифференцируют мицетому.

 Глубокие формы пиодермий, лейшманиоз кожи, другие глубокие микозы,

 саркома Капоши.

51.Укажите методы диагностики дерматомикозов.

 Диагноз ставится на основании клинической и лабораторной(

 микроскопическое, культуральное,патоморфологическое

 исследование)диагностики.

52. Перечислите методы профилактики дерматомикозов.

 Общественная профилактика –анализ и регистрация источников и путей

 заражения, активное выявление больных, а также людей с латентными

 формами болезни и их лечение.Постоянная дезинфекция общественных

 мест.

 Личная профилактика – первичная ( соблюдение правил личной гигиены)

 и вторичная( дезинфекция нижнего белья,постельного белья, головных

 уборов и обуви).

53.Перечислите системные антифунгальные препараты, используемые при

 лечении дерматомикозов.

 Противогрибковые антибиотики

* Полиены - пимафуцин,амфотерицин Б, леворин, нистатин, микогептин, неполиены – гризеофульвин.
* Азолы: имидазолы- клотримазол, миконазол, эконазол, бифоназол,кетоконазол; триазолы- итраконазол, флюконазол.
* Алиламины: тербинафин.

54. Перечислите местные (локальные) препараты, используемые при лечении

 дерматомикозов.

* Антимикотические препараты: шампуни, растворы, спреи, гели, кремы, мази – нафтифин, тербинафин, клотримазол, бифоназол, кетоконазол, натамицин, нистатин; лаки – циклопирокс, аморолфин.
* Антисептики и средства дезинфекции – растворы йода, анилиновых красителей, борной кислоты, перманганата калия, лактата этакридина.
* Кератолитические препараты –салициловый спирт, серно-салициловая мазь.
* Антибактериальные препараты - мази, кремы, гели тетрациклин, эритромицин, гентамицин, фуцидин, левомеколь, сульфатиазол, комбинированные стероидные препараты топического действия.