

УЧЕБНОЕ  
ПОСОБИЕ

**М.С. Асхаков**

# ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

**РАЗНОУРОВНЕВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ  
КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ**

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ФГБУ «Федеральный институт развития образования»  
в качестве учебного пособия для использования в образовательном процессе  
образовательных организаций, реализующих программы высшего образования  
по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия»,  
31.05.03 «Стоматология»



**Москва**  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»  
2021

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений . . . . .	4
Введение . . . . .	5
<b>Тема 1.</b> Строение, функции и патогистологические изменения кожи. Придатки кожи. Морфологические элементы кожных высыпаний. . . . .	7
<b>Тема 2.</b> Общие принципы диагностики и лечения кожных и венерических болезней . . . . .	12
<b>Тема 3.</b> Пиодермии и дерматозоозы . . . . .	18
<b>Тема 4.</b> Младенческие дерматозы . . . . .	30
<b>Тема 5.</b> Микозы . . . . .	34
<b>Тема 6.</b> Дерматозы, проявляющиеся папулезно-сквамозной сыпью . . . . .	43
<b>Тема 7.</b> Болезни соединительной ткани . . . . .	50
<b>Тема 8.</b> Аллергические васкулиты кожи. . . . .	55
<b>Тема 9.</b> Инфекционные эритемы . . . . .	59
<b>Тема 10.</b> Буллезные дерматозы . . . . .	64
<b>Тема 11.</b> Дерматиты и токсикодермии . . . . .	70
<b>Тема 12.</b> Хейлиты . . . . .	76
<b>Тема 13.</b> Атопический дерматит и нейродерматозы. . . . .	81
<b>Тема 14.</b> Болезни придатков кожи. . . . .	89
<b>Тема 15.</b> Вирусные заболевания кожи . . . . .	93
<b>Тема 16.</b> Микобактериальные инфекции. . . . .	99
<b>Тема 17.</b> Генодерматозы . . . . .	105
<b>Тема 18.</b> Инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека . . . . .	111
<b>Тема 19.</b> Сифилис . . . . .	114
<b>Тема 20.</b> Другие инфекции, передаваемые половым путем . . . . .	130
<b>Тема 21.</b> Работа с больными (курация). . . . .	140
Приложение . . . . .	148

## Тема 5

# МИКОЗЫ

Порой студенты и ординаторы, изучающие болезни кожи, вызываемые грибами, не могут определить диагноз больного или провести дифференциальную диагностику, хотя добросовестно прочитали тему и вроде бы поняли материал. Оказывается, важно знать не только что нужно делать, но и как это делать! А тому, как делать стандартные учебники, не учат. И вовсе не потому, что эти учебники плохие. Просто для обучения правильной системе работы необходима обратная связь с читателем. В связи с этим в данном разделе преодолено это ограничение и дан рецепт, как анализировать изученный материал, чтобы прийти к правильному заключению. В качестве основы ваших действий снова будет самоконтроль при анализе новых заданий, которые станут для вас не менее интересными и разнообразными, чем в предыдущих темах.

**Задание 1.** На приеме студент 19 лет с жалобами на наличие бурых пятен в области шеи, груди, спины, легкий периодический зуд. Болеет 3 года, тогда он впервые обратил внимание на пятна, которые появились летом во время пребывания на море. Сначала они были единичными, за медицинской помощью не обращался. Ничем не болел. В последнее время количество пятен постепенно увеличивается. Объективно: сыпь носит распространенный характер, занимает верхнюю половину туловища, шею, представлена бурыми пятнами различных очертаний, некоторые из них сливаются в более крупные, поверхность их покрыта отрубевидными чешуйками. На отдельных участках кожи депигментированные пятна округлой формы диаметром 1,0×1,0 см. Ваш предположительный диагноз? Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?

**Задание 2.** На приеме мужчина 37 лет, рабочий завода, с жалобами на боли и зуд в межпальцевых складках и на подошвенной поверхности стоп. Болеет около 5 лет. Обострение обычно возникает летом. Занима-

ется самолечением. Из перенесенных заболеваний отмечает простуды, гастрит. Находится на учете у ангиолога по поводу облитерирующего эндартериита. Объективно: процесс симметричный, не захватывает боковые и тыльные поверхности стоп; в межпальцевых складках — мацерация, шелушение эпидермиса и болезненные трещины; на подошве — многокамерные пузыри с полициклическими очертаниями, эрозии с нависающими обрывками эпидермиса по периферии. На коже ладонной поверхности кистей и боковых поверхностях пальцев имеются множественные напряженные везикулы. Ваш предположительный диагноз? Чем обусловлено появление везикулезных высыпаний на кистях при данном диагнозе? Какой критерий микроскопического исследования соскобов чешуек эпидермиса со стопы позволяет поставить правильный диагноз?

**Задание 3.** Укажите источник заражения при перечисленных ниже грибковых заболеваниях, вписывая в тетради их номера, а напротив — буквы соответствующих им источников. Заболевания: № 1 — рубромикоз; № 2 — инфильтративно-нагноительная трихофития; № 3 — зоофильная микроспория; № 4 — эпидермофития; № 5 — антропофильная микроспория; № 6 — парша; № 7 — поверхностная трихофития. Источники заражения: А — человек; Б — крупный рогатый скот; В — кошки и собаки.

**Задание 4.** Как вы думаете, почему при трихомикозах при назначении гризеофульвина необходимо периодически брить волосы? Почему микроскопическая картина пораженного волоса дает право поставить диагноз того или иного трихомикоза? Как вы объясните переход поверхностной трихофитии у девочек в хроническую форму трихофитии у взрослых женщин?

**Задание 5.** На приеме летчик 32 лет с жалобами на высыпания на лице в области бороды. Болен в течение 5 нед. Из сопутствующих заболеваний — болезнь Боткина. Объективно: в области усов и бороды округлые воспаленные инфильтрированные очаги диаметром 1,5×1,5 и 2,5×2,5 см, красно-розового цвета, с множеством гнойных корок на поверхности. При сдавливании инфильтратов сбоку из отверстий волосяных фолликулов выступают капельки гноя. Волосы свободно извлекаются пинцетом из очага поражения. В общем анализе крови выявлена лейкопения. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Как будет происходить разрешение очагов поражения после лечения и почему? 3. Следует ли больному в данной ситуации назначать гризеофульвин?

Ответ обоснуйте. 4. Может ли этот мужчина быть источником заражения своих детей?

**Задание 6.** В табл. 4 отражены четыре случая грибковых заболеваний у детей, однако в столбце «Диагноз больного» диагнозы не соответствуют клинической картине. Восстановите правильную последовательность диагнозов, записав в рабочей тетради их верный порядок соответственно номеру случая. Подходят ли методы обследования в последнем столбце для уточнения каждого из этих диагнозов?

**Таблица 4.** К заданию 6

№	Диагноз больного	Клиническая картина	Методы обследования
1	Отрубевидный лишай	У мальчика 6 лет на коже предплечья два очага округлой формы с четкими границами диаметром 1,0×1,0 и 2,0×2,0 см. Очаги представляют собой эритематозные пятна, несколько возвышающиеся по периферии, с более бледным центром, покрытым небольшим количеством чешуек	Исследование чешуек на грибы
2	Антропонозная микроспория гладкой кожи	У мальчика 7 лет на волосистой части головы имеются очаги поражения округлой формы, возвышающиеся над уровнем кожи. Они покрыты желтоватыми корками с небольшим углублением в центре, при снятии которых обнажаются розовые эрозии. Некоторые участки кожи волосистой части головы атрофированы. Волосы тусклые, истончены, легко выдергиваются, имеют неприятный «мышинный» запах	Проба Бальцера
3	Поверхностная трихофития гладкой кожи	Юноша 15 лет. На коже шеи, плечевого пояса и верхней части груди имеются множественные депигментированные пятна диаметром 0,5×0,5 см, без видимого шелушения. Ранее эти пятна имели розовый цвет	Микроскопическое исследование волос и желтых корочек
4	Фавус (скутулярная форма)	У мальчика 12 лет на коже лица и верхних конечностей очаги округлой формы розового цвета с четкими границами диаметром от 1,5×1,5 до 3,0×3,0 см. Центр очагов покрыт чешуйками, по периферии — мелкие папулы и пузырьки. Мальчик занимается дзюдо	Осмотр под лампой Вуда (зеленое свечение), микроскопическое исследование чешуек

**Задание 7.** На приеме женщина с сыном 6 лет. Мальчик живет в сельской местности. Локальный статус: патологический процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже волосистой части головы. В правой височной и височно-лобной областях расположено два отграниченных полушаровидных узла диаметром 8,0×9,0 и 7,0×7,5 см, округлой формы, с бугристой поверхностью, покрытые множественными остеофолликулитами и гнойными корками. Устья волосяных фолликулов в очагах резко расширены, местами видные вытекающие капли гноя. Очаги поражения напоминают «медовые соты». Часть волос расшатана и легко извлекается пинцетом. Консистенция узлов тестоватая. Поставьте ребенку клинический диагноз.

**Задание 8.** Какие клинические признаки позволяют предположить трихомикоз, вызванный грибом *M. ferrugineum*?

**Задание 9.** В табл. 5 отражена клиническая картина у четырех мальчиков различного возраста. Какой предварительный диагноз вы бы поставили каждому из детей?

Таблица 5. К заданию 9

Диагноз ребенка, №	Возраст	Клиническая картина
1	3 дня	Слизистая оболочка языка, щек, губ, мягкого нёба сухая, насыщенно-красного цвета, покрыта рыхлым белым налетом, возвышающимся над уровнем слизистой оболочки. Налет легко снимается, при этом обнажается гиперемизированная, легко кровоточащая поверхность
2	7 лет	На коже волосистой части головы и на предплечьях определяется несколько очагов округлой формы розового цвета диаметром от 0,5×0,5 до 2,5×2,5 см. На очагах в области волосистой части головы волосы обломаны на уровне 2 мм от поверхности кожи. Очаги на предплечьях представлены эритемой розового цвета с шелушением на поверхности, по краю которой имеется валик из папул и мелких пузырьков
3	9 лет	После туристического похода на своде стоп появились резкая отечность, гиперемия, множественные пузырьки и пузыри с напряженной покрывкой. Часть из них вскрылась с образованием эрозий с полициклическими краями
4	5 лет	На волосистой части головы в затылочной области расположено пятно розового цвета диаметром 3,0×3,0 см. Волосы обломаны на уровне 6–7 мм, а у их основания имеется «муфта» из чешуек сероватого цвета

**Задание 10.** Какие из перечисленных симптомов характерны для указанных ниже заболеваний? Симптомы: № 1 — многокамерные напряженные пузыри на внутреннем своде стопы; № 2 — на фоне эритемы муковидное шелушение ладоней и подошв с усилением кожного рисунка; № 3 — эритема слизистой оболочки влагалища с легко снимающимся белым налетом; № 4 — свечение волос под лампой Вуда; № 5 — мелкие очаги на волосистой части головы, волосы обломаны на уровне 3 мм. Заболевания: А — кандидоз; Б — рубромикоз кистей и стоп; В — дисгидротическая дерматофития стоп; Г — поверхностная трихофития; Д — микроспория. Укажите верный ответ в тетради, вписывая номера симптомов, а напротив — буквы соответствующих им заболеваний.

**Задание 11.** Решите кроссворд на тему грибковых заболеваний (рис. 4).

### Вопросы к кроссворду

► По горизонтали

1. Грибковое поражение ногтя.
2. Среда, на которой производят идентификацию гриба (по автору).
3. Микотическая инфекция, вызываемая *M. canis*.
4. Представитель глубоких микозов.
5. При распространенном кандидозе этот препарат назначают внутрь.
6. Микоз, вызываемый грибами рода *Trichophyton*.
7. Дерматофития, которую называют истинной, или паховой.
8. Его вызывают грибы рода *Candida*.
9. Грибковые заболевания кожи, поражающие лишь роговой слой эпидермиса.
10. Автор наиболее популярной классификации грибковых заболеваний.
11. Наука о поражениях кожи грибами.
12. Набор для удаления и лечения ногтей.

► По вертикали

1. Аллергические высыпания при обострении основных очагов поражения микроспории.
2. Кто в России первым описал микроспорию?
3. Микоз кожи, обусловленный красным трихофитомом.
4. Автор пробы с йодом.
5. При этом заболевании волосы приобретают картину «меха, изъеденного молью».

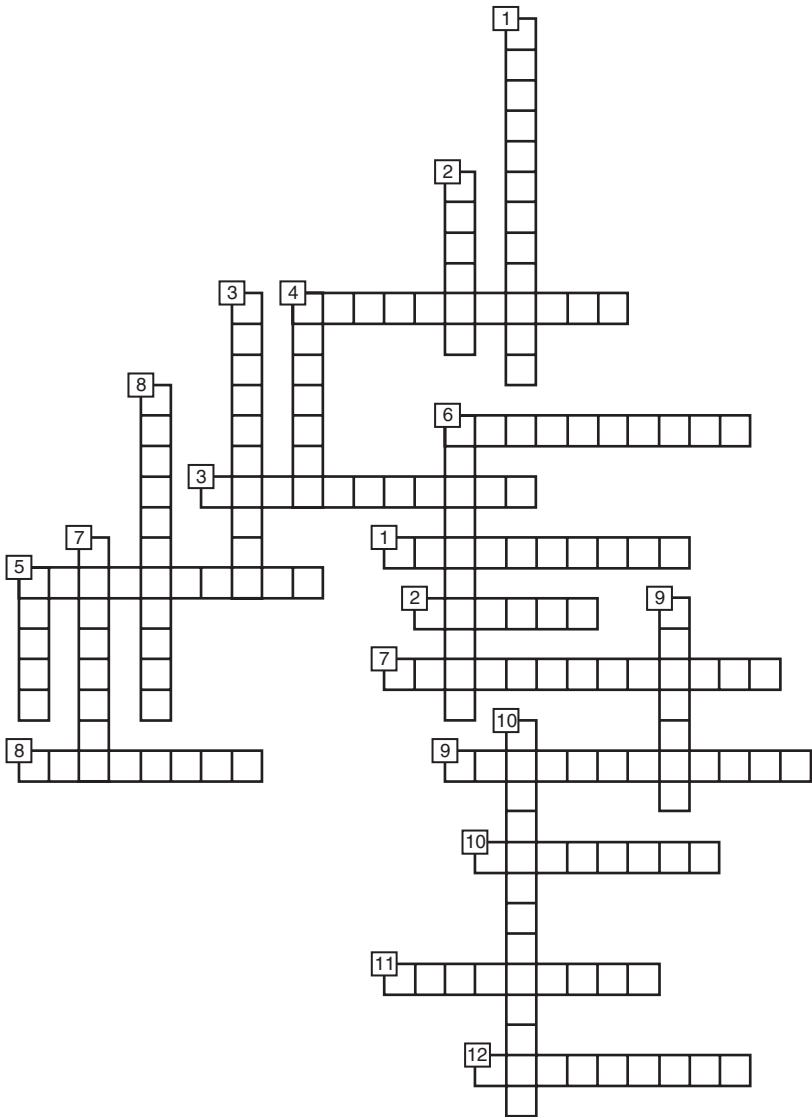


Рис. 4. Кроссворд к заданию 11



6. Этот препарат используют при разноцветном лишае в виде спрея или крема.
7. Синоним жидкости Каstellани.
8. Группа нитчатых грибов, поражающих ороговевшие кератиноциты.
9. Автор эффективной отслойки роговых наслоений при сквамозно-гиперкератотической форме микозов стоп.
10. Системный антимикотик, назначаемый при стригущем лишае.

### Ответы к заданиям темы 5

1. Разноцветный лишай. Проба Бальцера, микроскопическое исследование, лампа Вуда (желтое или буроватое свечение).
2. 1. Интертригинозная и дисгидротическая дерматофития стоп. В соответствии с классификацией А.М. Ариевича и Н.Д. Шеклакова, учитывая особенности клинической картины заболевания, можно было бы говорить об интертригинозной и дисгидротической форме эпидермофитии стоп. Но современная классификация микозов стоп выделяет только дерматофитию стоп, обусловленную *Trichophyton mentagrophytes* или *Trichophyton rubrum*. Детальная верификация диагноза возможна только на основании культурального исследования материала из очага поражения. 2. Высыпания на кистях в виде напряженных пузырьков являются микидами — отдаленной аллергической реакцией на грибковый аллерген, возбудитель на кистях отсутствует. Реакция наиболее характерна для эпидермофитии стоп. При рубромикозе кисти грибами инфицируются и высыпания представлены покраснением, небольшим гиперкератозом с шелушением. 3. Обнаружение истинного септированного мицелия при микроскопическом исследовании соскобов с очагов поражения свидетельствует в пользу дерматофитии стоп.
3. № 1 — А; № 2 — Б; № 3 — В; № 4 — А; № 5 — А; № 6 — А; № 7 — А.
4. 1. Гризеофульвин из кровотока проникает в растущий волос от корня и постепенно накапливается в нем по мере роста. Терапевтическая концентрация препарата не дает грибам возможности проникать в него. В пораженном волосе гризеофульвин подавляет размножение гриба. Бритье волос позволяет удалить пораженные волосы на поверхности волосистой части головы. 2. Расположение спор гриба в волосе постоянно, что помогает определить его вид. При поверхностной трихофитии споры располагаются в виде цепочек внутри волоса (эндотрикс), при

- инфильтративно-нагноительной форме снаружи ровными чешуйками (эктотрикс), при микроспории мелкие споры располагаются в виде мозаики внутри и снаружи волоса. 3. Переход поверхностной трихофитии у девочек в хроническую форму у женщин можно объяснить наличием эндокринных и иммунологических нарушений.
5. 1. Паразитарный сикоз (инфильтративно-нагноительная трихофития). 2. При разрешении инфильтративно-нагноительной формы трихофитии образуется атрофический рубец за счет гнойного расплавления глубоких частей дермы. 3. Гризеофульвин больному назначать нельзя, так как при данном заболевании споры гриба располагаются снаружи волоса и заболевание можно излечить топическим антимикотиком. При этом следует проводить тщательную эпиляцию пораженных волос из очагов поражения. Рецидивирующее течение заболевания также исключает использование гризеофульвина. Это объясняется и тем, что у больного гепатит В и лейкопения, являющиеся противопоказаниями к его назначению. Кроме того, больной — летчик, а гризеофульвин не рекомендован людям, профессия которых требует быстроты и точности реакции. 4. Инфильтративно-нагноительная трихофития — зоонозный микоз. Заражение происходит от коров, лошадей и т.п. Заражение от человека — казуистика.
  6. № 1 — поверхностная трихофития гладкой кожи; № 2 — фавус (скутулярная форма); № 3 — отрубевидный лишай; № 4 — антропонозная микроспория гладкой кожи. Кроме того, следует поменять местами методы обследования для фавуса и отрубевидного лишая: № 2 — микроскопическое исследование волос и желтых корочек; № 3 — проба Бальцера.
  7. Инфильтративно-нагноительная форма трихофитии волосистой части головы.
  8. При поражении кожи волосистой части головы *M. ferrugineum* клиническая картина заболевания имеет определенные особенности. Очаги поражения локализуются на границе волосистой части головы и гладкой кожи. Воспаление незначительное, могут наблюдаться фигуры «ирисов» (кольцо в кольце за счет инокуляции возбудителя с периферии в центр), волосы обламываются на высоте 6–8 мм.
  9. № 1 — поверхностный кандидоз слизистой оболочки полости рта; № 2 — поверхностная трихофития волосистой части головы и

гладкой кожи; № 3 — дерматофития стоп (дигидротическая форма); № 4 — микроспория волосистой части головы.

10. № 1 — В; № 2 — Б; № 3 — А; № 4 — Д; № 5 — Г.

11. *По горизонтали.* 1. Онихомикоз. 2. Сабуро. 3. Микроспория. 4. Бластомикоз. 5. Флуконазол. 6. Трихофития. 7. Эпидермофития. 8. Кандидоз. 9. Кератомикозы. 10. Шеклаков. 11. Микология. 12. Бифоназол. *По вертикали.* 1. Микроспорида. 2. Богров. 3. Рубромикоз. 4. Бальцер. 5. Фавус. 6. Тербинафин. 7. Фукорцин. 8. Дерматофиты. 9. Ариевич. 10. Гризеофульвин.