**Занятие №2**

**Тема : Хронические дерматозы.**

**Цель занятия**: научиться основным принципам диагностики, лечения и профилактики хронических дерматозов.

Продолжительность занятия: 4 часа.

Место проведения: аудитория кафедры дерматовенерологии.

Перечень практических навыков:

1. научиться основным принципам этиопатогенеза и диагностики хронических дерматозов
2. освоить основные принципы лечения и профилактики.

Формируемые компетенции: ОК-8, ОПК-7, ПК-14,ПК-15, ПК-17, ПК-26, ПК-27

**Контрольные вопросы:**

1. Современные представления об этиологии, патогенезе псориаза. Роль факторов внешней среды в развитии псориаза.
2. Классификация. Клиническая картина. Методы лечения и профилактики рецидивов.
3. Этиология, патогенез красного плоского лишая. Классификация. Клиническая картина. Принципы лечения и профилактики рецидивов.
4. Этиопатогенез диффузных болезней соединительной ткани. Роль факторов внешней среды и состояния макроорганизма в развитии коллагенозов.
5. Красная волчанка. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Принципы лечения . Профилактика развития красной волчанки и ее рецидивов.
6. Склеродермия. Этиопатогенез, классификация, клинические проявления склеродермии. Общие принципы лечения и профилактики.
7. Этиология, патогенез акантолитической пузырчатки. Классификация. Клиническая картина. Принципы лечения. Профилактики.
8. Герпетиформный дерматит Дюринга. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Клиника. Принципы лечения. Меры профилактики.

Литература:

1. Скрипкин Ю. К.   Кожные и венерические болезни [Текст] : учебник / Ю. К. Скрипкин, А. А. Кубанова, В. Г. Акимов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 544 с. : цв. ил.

2. Самцов А. В. Дерматовенерология [Текст] : учебник для мед. вузов / Самцов А. В., Барбинов В. В. - СПб. : СпецЛит , 2008 . - 352 с.

3. Кожные и венерические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. 2012. – 544 с.: ил.- Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970419939.html>

 4. Родин А. Ю. Неинфекционные буллезные дерматозы [Текст] : монография / Родин А. Ю., Сердюкова Е. А., Щава С. Н. ; Минздрав РФ, ВолгГМУ . - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ , 2013 . - 132 с. : ил., цв. ил.

Краткое содержание темы:

ПСОРИАЗ - хроническое, генетически обусловленное заболевание кожи, характеризующееся мультифакториальностью, сезонностью, папулосквамозными высыпаниями на коже, поражением суставов и дистрофией ногтевых пластинок.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ: Псориаз характеризуется полигенным, мультифакториальным наследованием, может проявиться в любом возрасте и отличается вариабельностью клинической картины. В основе псориаза лежит генетически запрограммированный дефект регуляции митотического деления клеток базального слоя эпидермиса. Механизм нарушения регуляции до конца не изучен. Высокая митотическая активность базальных клеток приводит к развитию акантоза, паракератоза, а пролиферативные изменения в сосочковом слое дермы к развитию папилломатоза. Экссудативные и инфильтративные процессы в коже носят вторичный характер. В течении псориаза наибольшее значение имеют экзогенные факторы (сезонность, климат, бактериальная и вирусная инфекция, вакцинации, травмы, стрессы, нервные перенапряжения) и эндогенные (очаги фокальной инфекции, эндокринные заболевания, расстройства желудочно-кишечного тракта).

Клиническая картина псориаза характеризуется первичными элементами - папулами плоской формы, розовой окраски, склонными к периферическому росту и слиянию и вторичными элементами - серебристыми чешуйками, напоминающими стеарин и вторичными гипопигментированными или депигментированными пятнами. При послойном поскабливании папул и бляшек выявляется псориатическая триада: «стеариновое пятно», «терминальная пленка» и «кровяная роса», обусловленные паракератозом, акантозом и папилломатозом.

 Псориаз подразделяется на 3 стадии: 1) прогрессирующую, 2) стационарную З) регрессирующую.

Прогрессирующая стадия характеризуется: появлением новых элементов, склонностью к периферическому росту, изоморфной реакцией Кебнера, т.е. образованием новых элементов в местах травмы, шелушением в центральной части папул и бляшек.

Стационарная стадия характеризуется: отсутствием новых элементов, изоморфной реакции, равномерным шелушением всей поверхности элементов.

Регрессирующаая стадия характеризуется: разрешением папул и бляшек с центра к периферии, «псевдоатрофическим» ободком Воронова вокруг элементов, вторичными депигментированными, реже гиперпигментированными пятнами.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ПСОРИАЗА:

1. Вульгарная, характеризующаяся типичными элементами в типичных местах: разгибательные поверхности конечностей, волосистая часть головы, пояснично-крестцовая область).
2. Экссудативная, характеризующаяся отечными папулами и бляшками значительно возвышающимися над уровнем здоровой кожи ярко-красного цвета с чешуекорками на поверхности, частой локализацией на коже сгибательных поверхностей и складок, зудом иногда с мокнутием.
3. Псориатическая эритродермия, характеризующаяся универсальной эритемой, инфильтрацией, лихенизацией кожи, дистрофией волос, полиаденитом, лихорадкой, тяжелым течением.
4. Артропатическая, характеризующаяся утренней скованностью суставов, отечностью, а затем и деформацией суставов за счет разрастания и остеопороза суставных поверхностей, типичным поражением двух суставов одного пальца.

5. Пустулезная, характеризующаяся полиморфными высыпаниями, включающими папулы и пустулы. Выделяют 2 типа: с локализацией на ладонях и подошвах (тип Барбера) и по всему кожному покрову – генерализованный - (тип Цумбуша).

6. Ониходистрофия, характеризующаяся точечными вдавлениями ногтевой пластинки по типу «наперстка», удлинением и сужением ногтевой пластинки по типу «птичьего клюва, онихогрифоза».

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ:

1. Этиотропное лечение: санация очагов инфекции, лечение сопутствующих болезней, здоровый образ жизни, диета с обилием витаминов, ненасыщенных жирных кислот, молочных продуктов, психотерапия.
2. Патогенетическое лечение: цитостатические препараты: метотрексат
3. Медикаментозная терапия (витамины группы В, фолиевая кислота, витамин А натуральный и синтетические ретиноиды, биологические)
4. Наружная терапия кортикостероидными кремами с витамином А, кремы с травами, солидолом, дегтем),
5. Физиотерапия (УФО, селективная терапия, фотохимиотерапия, радоновые и бишофитные ванны, морские ванны), санаторно-курортное лечение.
6. Симптоматическое лечение: наружная противозудная, противовоспалительная терапия.

**ПРОФИЛАКТИКА ПСОРИАЗА**

Санация очагов фокальной инфекции, коррекция нарушений углеводного, липидного обмена, иммунитета, профессиональная ориентация: не рекомендовать профессии, связанные с травматизацией кожи, воздействием аллергезирующих факторов и нервно-психических перегрузок.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ **–** хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых, характеризующееся рецидивирующим течением и типичной клинической картиной (плоскими блестящими папулами розового или лилового цвета на коже и опаловыми папулами на слизистой полости рта) и сопровождающееся зудом.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ: Этиология заболевания не известна. Существует несколько гипотез: инфекционная, неврогенная, интоксикационная и иммуноаллергическая. В патогенезе основная роль принадлежит активированным Т-лимфоцитам, которые локализуются в эпидермо-дермальной зоне и вызывают апоптоз кератиноцитов.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

1. Классическая форма красного плоского лишая характеризуется типичными высыпаниями в типичных местах. Как правило, красный плоский лишай локализуется на сгибательных поверхностях конечностей, передней поверхности голеней, пояснично-крестцовой области, слизистой полости рта (по линии смыкания зубов) и красной каймы губ. Первичные элементы на коже - плоские папулы розовой или лиловой окраски с фиолетовым оттенком, блестящие в боковом освещении, с западением в центре, с белесоватой сеточкой Уикхема на поверхности за счет неравномерности гиперкератоза, на слизистой полости рта - белесоватые опаловые папулы, вторичные элементы - гиперпигментированные пятна.
2. Гиперкератотическая (веррукозная) форма характеризуется папулами и бляшками с мощным бородавчатым гиперкератозом, локализованные преимущественно на коже передней поверхности голеней и тыла стоп.
3. Пигментная форма характеризуется коричневой окраской первичных элементов и частым сочетанием с онкологическими заболеваниями.
4. Буллезная форма характеризуется наличием пузырей на поверхности папул и бляшек.
5. Атрофическая форма характеризуется образованием рубцовой атрофии в местах локализации первичных элементов.
6. Кольцевидная форма характеризуется элементами в виде колец обычно лилового цвета.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ:

1. Этиотропное: включающее санацию очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний, психотерапия, рефлексотерапия.
2. Патогенетическое: включающее витаминотерапию, цитостатическую терапию, радоновые ванны.
3. Симптоматическое, включающее наружные противозудные средства: мази с димедролом, анестезином, ментолом, дерматолом, кортикостероидные мази с салициловой кислотой
4. Диспансерное наблюдение, включающее санаторно-курортное лечение, психокоррекцию, психологическую адаптацию.

**ПРОФИЛАКТИКА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ:**

Санация очагов фокальной инфекции, своевременное выявление сопутствующей патологии, предотвращение приема ряда медикаментов, способствующих спровоцировать развитие или обострение заболевания (препараты золота), оздоровление, закаливание организма, избегать нервно-психические перенапряжения.

Диффузные болезни соединительной ткани (коллагенозы) - группа аутоиммунных заболеваний преимущественно соединительной ткани, склонные к системным поражениям.

Классификация: К коллагенозам относят склеродермию, дерматит, красную волчанку, узелковый периартериит, ревматоидный артрит.

Дерматологические аспекты:

1) Частое вовлечение кожи при системных коллагенозах в выше приведенном перечне заболевания расположены с убыванием вероятности кожных поражений;

2) Интегументные (чисто кожные) формы - их могут иметь красная волчанка ( дискоидная и диссеминированная формы) и склеродермия (очаговые формы бляшечная и полосовидная).

Этиология:

1. Наследственность (HLA, иногда позитивный семейный анамнез)

2. Приобретенный факторы - инсоляция, микробная и лекарственная аллергия, эндокринные нарушения, опухоли и д.р.

Патогенез. Факторы повреждения тканей:

1) Аутоантитела а ДНК (красная волчанка), коллагену ( склеродермия, ревматоидный артрит), актину и миозину (дерматомиозит), интиме сосудов (узелковый периартериит).

2) Иммунные комплексы

3) Антитела к стрептококку

 4) Спазм сосудов (склеродермия**)**

 **Критерии диагностики дискоидной красной волчанки:**

1. Триада “эритема - гиперкератоз - атрофия”.

2. Поражение не более одной области тела (обычно лицо).

3.Склонность очагов к росту.

4. Немногочисленность очагов.

5.Сезонность (фоточувствительность).

6. Эффект противомалярийных препаратов.

7. Критерии диагностики диссеминированной красной волчанки.

**Критерии диагностики диссеминированной красной волчанки:**

1. Триада “эритема - гиперкератоз - атрофия”, менее интенсивно выраженная, чем при дискоидной красной волчанке.
2. Поражение более одной области (открытые и себорейные зоны)
3. Отсутствие роста очагов в большинстве случаев.
4. Многочисленность очагов.
5. Сезонность (фоточувствительность).

**Критерии диагностики очаговых форм склеродермии:**

1. Триада «отек - уплотнение - атрофия».
2. Округлые очертания очагов с преимущественной локализацией на туловище при бляшечной склеродермии.
3. Полосовидные очаги с преимущественной локализацией на конечностях при полосовидной склеродермии.

**Принципы лечения красной волчанки**

1. Противомалярийные препараты.
2. Стероиды в редких случаях
3. Фотозащита.

**Принципы лечения склеродермии**

1. Препараты гиалуронидазы в стадии уплотнения.
2. Пенициллины.
3. Ангиопротекторы.
4. Антиоксиданты
5. Местное рассасывающее лечение в стадии уплотнения.

NB: Указанные методы лечения являются преимущественно патогенетическими, поэтому является необходимым повторное, в том числе противорецидивное лечение.

**Профилактика коллагенозов:**

1) санация очагов фокальной инфекции

2) профилактический прием антималярийных препаратов

3) использование фотозащитных кремов

4) санаторно-курортное лечение

5) бальнеотерапия, массаж, лечебная гимнастика

Патогенез сыпей при системных коллагенозах.

1) Повреждение сосудов (эритема, петехии, узелки, узлы).

2) Повреждение базальной мембраны (пузыри).

3) Редко - иные механизмы (акантолиз)

Принципы лечения склеродермии

1. Препараты гиалуронидазы в стадии уплотнения.
2. Пенициллины.
3. Ангиопротекторы.
4. Антиоксиданты
5. Местное рассасывающее лечение в стадии уплотнения.

NB: Указанные методы лечения являются преимущественно патогенетическими, поэтому является необходимым повторное, в том числе противорецидивное лечение.

**Профилактика коллагенозов:**

1) санация очагов фокальной инфекции

2) профилактический прием антималярийных препаратов

3) использование фотозащитных кремов

4) санаторно-курортное лечение

5) бальнеотерапия, массаж, лечебная гимнастика

Буллезные (пузырные дерматозы)- группа хронических заболеваний кожи (слизистых), проявляющихся преимущественно полостными элементами и имеющими аутоиммунный, токсико-аллергический, наследственный либо неясный до настоящего времени генез.

**Классификация:**

Классификация буллёзных дерматозов:

I. Заболевания аутоиммунной природы::

 1. Истинная (акантолитическая) пузырчатка:

а) вульгарная;

б) вегетирующая;

в) листовидная (эксфолиативная) ;

г) себорейная ( эритематозная, синдром Сенира-Ашера);

 2. Пемфигоид:

 а) буллёзный доброкачественный пемфигоид Левера;

 б) рубцующийся пемфигоид.

II. Заболевания токсико-аллергической природы:

 1.Герпетиформный дерматит Дюринга;

 2. Герпес беременных;

Этиология и патогенез - в соответствии с классификацией буллезных дерматозов.

Основной принцип диагностики буллезных дерматозов - обязательное использование лабораторных методов диагностики для подтверждения или исключения акантолитической (истиной) пузырчатки.

Методы лабораторной диагностики буллезных дерматозов:

1.Цитологический

2.Гистологический

3.РИФ (прямая, непрямая)

Клинические критерии диагностики буллезных дерматозов:

I.Акантолитическая пузырчатка (классический вариант)

 а) вульгарная:

1. Плоские, неправильно очерченные пузыри на фоне здоровой кожи, положительные симптомы Никольского, Асбо-Ганзена, груши
2. Преимущественная локализация на себорейных зонах; частое вовлечение слизистых (чаще рта);
3. Возраст и пол - чаще немолодые женщины;
4. Общее состояние может быть тяжелым при возникновении септического состояния. Другие формы отличаются от вульгарной пузырчатки следующими критериями:

б)вегетирующая:

1.Преобладание вегетации на коже или слизистых.

2.Локализация чаще в складках

в)листовидная:

1.Отсутствие изменений слизистых оболочек

2.Своеобразие кожных высыпаний - преобладание корок в виде «слоеного теста» или поражения по типу «эксфолиативной эритродермии».

г)себорейная:

1.Отсутствие изменений слизистых оболочек.

2.Абортивные, плоские пузыри, похожие на пятна или эритемо- сквамозные элементы.

 II. Неакантолитическая пузырчатка (пемфигоид).

1. Невоспалительные пузыри плоской или полушаровидной формы.
2. В большинстве случаев кожа или слизистые поражаются отдельно друг от друга.
3. Пол и возраст - чаще немолодые женщины.
4. Общее состояние обычно страдает.
5. Могут быть рубцы на месте пузырей (рубцующий пемфигоид).
6. Могут быть сращения слизистых (слизисто-синехиальный пемфигоид).

III. Дерматоз Дюринга (герпетиформный дерматоз).

1. Пузырьки, пузыри с напряженными покрышками на фоне воспаления кожи, сгруппированные, зудящие – истинный полиморфизм.
2. Локализация любая. Слизистые не вовлекаются.
3. Пол и возраст любые.
4. Общее состояние зависит только от интенсивности зуда или наличия опухоли (паранеопластический дерматоз Дюринга).
5. В отдельных случаях могут оставаться рубцы.
6. Эффективность лечения сульфонами.
7. Положительная проба с йодистым калием Ядассона.

NB! Все указанные признаки (кроме рубцов) при интраэпидермальной глубине пузырей не противоречат диагнозу «акантолитическая пузырчатка».

Меры профилактики

 1) диспансерное наблюдение

2) режим труда с исключением психо-эмоциональных и физических нагрузок, исключение инсоляции, контакта с химическими раздражителями, сыростью, грязью.

 3) обследование и лечение сопутствующей патологии

.

**Выберите один верный ответ**

 **001. К факторам, провоцирующим развитие псориаза относят**

 1) генетические, нервно-эндокринные, психогенные

 2) алиментарные, аллергические, аутоиммунные

 3) детские инфекции, атопические состояния

 4) частое применение антибактериальных препаратов и цитостатиков

**003. Первичным элементом при псориазе является**

 1) папула полигональной формы, синюшно-ровового цвета

 2) папулы розового и красного цвета округлой или овальной формы

 3) везикулы и парные папуловезикулы

 4) папулы, бугорки, узелки

**004. Основные принципы общей терапии псориаза**

 1) антималярийные препараты, пиротерапия, энтеросорбенты

 2) антигистаминные препараты и системные кортикостероиды

 3) антибактериальные препараты и лонгидаза, ангиопротекторы

 4) витаминотерапия, противовоспалительная и гипосенсибилизирующая

 терапия

**005. Принципы наружной терапии псориаза**

 1) мази с антибиотиками и анилиновые красители

 2) примочки и подсушивающие пасты

 3) кортикостероидные и кератопластические мази

 4) фунгицидные и противозудные мази

**006. К теориям возникновения красного плоского лишая относят**

 1) воздействие алиментарных и токсико-аллергических факторов

 2) нейрогенная и вирусная

 3) аутоиммунная и инфекционная

 4) теория поливалентной сенсибилизации

**007. Первичным элементом при красном плоском лишае является**

 1) папула полигональной формы, синюшно-ровового цвета

 2) папула розового и красного цвета округлой или овальной формы

 3) везикула и парные папуловезикула

 4) папула, бугорок, узелок

**008. В комплексном лечении красного плоского лишая используют**

 1) антибактериальные препараты и цитостатики, энтеросорбенты

 2) делагил, седативные препараты, витаминотерапия, ИРТ

 3) системные кортикостероиды, антигистаминные препараты

 4) ангиопротекторы, инфузионная терапия, мази с антибиотиками

**009. Профилактика рецидивов красного плоского лишая складывается из**

 1) назначения противомалярийных препаратов 2 раза в год

 2) лечение функциональных нарушений нервной системы и

 соматических заболеваний

 3) длительный прием антигистаминных препаратов

**010. Профилактика рецидивов псориаза складывается из**

 1) назначения противомалярийных препаратов 2 раза в год

 2) санации очагов фокальной инфекции, коррекции нарушений

 углеводного , липидного обмена, иммунитета

 3) длительного приема антигистаминных препаратов

**011. В основе патогенеза акантолитической пузырчатки выделяют**

 1) аутоиммунный механизм

 2) микробная сенсибилизация

 3) аллергические реакции

 4) токсико-аллергические или инфекционно-токсические

**012. При лечении больных акантолитической пузырчаткой используют**

 1) кортикостероиды, антигистаминные препараты, витамины

 2) кортикостероиды, цитостатики, анилиновые красители

 3) антибактериальные препараты, сульфаниламиды

 4) сульфоны, цитостатики, антигистаминные препараты

**013. При­чиной возникновения герпетиформного дерматита** **Дюринга являются**

 1) производственные вредности

 2) бытовые химические вещества

 3) косметические средства

 4) белок злаков

**014. Первичные морфологические элементы типичные для герпетиформного дерматита Дюринга**

 1) папулы, пустулы, бугорки, пятна

 2) бугорки, везикулы, пузыри, пустулы

 3) везикулы, пятна, пузыри, уртикарии, папулы

 4) узлы, пузыри, узелки, пятна, волдыри

**015. К диффузным болезням соединительной ткани относят**

 1) красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит

 2) пузырчатка, красная волчанка, контактный дерматит

 3) буллезный эпидермолиз, склерема, дерматит

 4) красный плоский лишай , атопический дерматит

**016. В возникновении красной волчанки ведущую роль играют**

 1) аутоиммунные механизмы

 2) инфекционные агенты

 3) токсико-аллергические реакции

 4) нейрогенные расстройства

**017. Провоцирующими факторами в возникновении красной волчанки являются**

 1) эндокринные нарушения

 2) ультрафиолетовое облучение

 3) некоторые микроорганизмы

 4) контакт с химическими веществами

**018. Провоцирующими факторами в развитии очаго­вой склеродермии являются**

 1) контакт кожи с различными химическими веществами

 2) радиация и ионизирующее облучение

 3) очаги фокальной инфекции, травмы кожи

 4) инсоляция

**019. Основными препаратами для лечения очаговой склеродермии являются**

 1) системные кортикостероиды, цитостатики

 2) антибиотики, препараты гиалуронидазы, сосудистые средства

 3) антималярийные препараты, цитостатики

 4) сульфаниламиды и сульфоны

**020. Для профилактики обострений красной волчанки необходимо**

 1) санация очагов фокальной инфекции и антибактериальная терапия 2

 раза в год

 2) избегать переохлаждений, прием антигистаминных препаратов

 курсами

 3) зашита от инсоляции, применение фотозащитных кремов, прием

 делагила весной

 4) прием иммуномодуляторов, применение эмолентов