Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения

Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ России

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И.Прохоренкова

**СБОРНИК**

**МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ К ВНЕАУДИТОРНОЙ**

**(САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»**

**для специальности 31.05.02 Педиатрия (очная форма обучения)**

Красноярск

 2018

 Сборник методических указаний для обучающихся внеаудиторной (самостоятельной) работе по дисциплине «Дерматовенерология» для специальности 31.05.02 – Педиатрия (очная форма обучения) / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.Н. Смыкова. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – с.

**Составители:** доктор медицинских наук, профессор Карачева Ю.В.,

 кандидат медицинских наук, доцент Яковлева Т.А.

 кандидат медицинских наук, ассистент Смыкова А.Н.

Сборник методических указаний предназначен для обучающихся по специальности 31.05.02 Педиатрия (Очное, высшее образование, 6,00) к внеаудиторной работе обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.05.02 Педиатрия (Очное, высшее образование, 6,00), утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации 17 августа 2015 № 853, стандартом организации «Рабочая программа дисциплины (модуля). СТО 7.5.04-16. Выпуск 2».

КрасГМУ

2018 г.

**Занятие №1.**

1. **Тема:** «Строение кожи. Методика осмотра ребенка дерматовенерологом. Специальные методы исследования в дерматологии. Морфологические элементы сыпи».
2. **Формы работы:**
* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.
1. **Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

* -**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).
* **- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

**Учебная:**

 **-знать:**

* анатомо-физиологические основы строения кожи;
* знать общие патологические процессы в эпидермисе и дерме;
* знать патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов.

**- уметь:**

* анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, используя знания анатомо-физиологических основ.

**- владеть:**

* оценкой результатов гистопатологических исследований различных нозоологических форм кожных заболеваний.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Выберите один правильный ответ.

1. Дерма состоит из следующих слоев :

а) сетчатый

б) шиповатый

в) роговой

г) зернистый

д) базальный

2. В состав эпидермиса не входит следующий слой:

а) базальный

б) сосочковый

в) шиповатый

г) зернистый

д) роговой

3. Слизистая оболочка полости рта состоит из следующих слоев:

а) базального и зернистого

б) шиповатого и рогового

в) зернистого и рогового

г) блестящего и базального

д) шиповатого и базального

4. Клетки Лангерганса расположены в слое кожи:

а) блестящем

б) зернистом

в) роговом

г) шиповатом

д) сетчатом

5. Слои дермы:

а) сосочковый и сетчатый

б) базальный и шиповидный

в) зернистый

г) гранулярный

д) шиповидный

6. Апокриновые потовые железы расположены:

а) в подмышечных впадинах

б) на ладонях

в) на голове

г) на подошвах

д) вокруг рта

7. Кровеносные сосуды в коже отсутствуют в:

а) эпидермисе

б) дерме

в) гиподерме

г) подкожно-жировой клетчатке

д) собственно коже

8. Сальные железы в коже отсутствуют:

а) на лице

б) на груди

в) на ладонях

г) на волосистой части головы

д) на туловище

9. Чувство холода воспринимается с помощью:

а) телец Фатера-Пачини

б) телец Мейснера

в) колб Краузе

г) телец Руффини

д) клеток Меркеля

10. Тельца Руффини:

а) самый крупный рецептор кожи

б) расположены в гиподерме

в) расположены в глубоких слоях дермы

г) ответственны за чувство глубокого давления

д) ответственны за чувство холода

1. **Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача №1.**

На прием к дерматологу обратился больной 39 лет с жалобами на высыпания, локализующиеся на коже рук.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 3-х дней. Начало заболевания больной связывает с ожогом кипятком.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуется на коже верхних конечностей. Высыпания представлены полостными элементами, содержащими прозрачную жидкость, покрышка элементов дряблая, тонкая, диаметр высыпаний от 0,5 см до 1 см. Элементы расположены на видимо неизмененной коже.

1. Какая функция кожи нарушена?
2. В каком слое кожи находится шиповатый слой?
3. Где находятся клетки Меркеля?
4. Перечислите придадки кожи.
5. Перечислите слои дермы.

**Задача №2.**

На прием к дерматологу обратился больной 19 лет с жалобами на высыпания на коже в правой подмышечной впадине.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 5 дней, когда после бритья со слов больного на коже появилась краснота, воспалительный узел. Самостоятельно смазывал высыпания раствором бриллиантовой зелени, улучшения не отмечает.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, правая подмышечная область слегка гиперемирована, в толще кожи пальпируются два болезненных ограниченных уплотнения округлой формы.

1. Какие потовые железы вы знаете?
2. Перечислите слои эпидермиса.
3. Какие функции выполняют потовые железы?
4. Строение волос.
5. Какие фазы развития волос?

**Задача №3.**

Больной 17 лет обратился в ККВД с жалобами на изменение ногтей на пальцах кистей. Субъективные ощущения отсутствуют.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным около года, когда без видимой причины ногти стали рости не ровными. Наблюдается у эндокринолога по поводу сахарного диабета.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре ногтевые пластинки изменены, утолщены.

1. Строение ногтей?
2. Чем представлено ногтевое ложе?
3. Какие части выделяют у ногтевой пластинки?
4. С какой периодичностью обновляются ногти на пальцах кистей и стопах?
5. Выпишите рецепт водно-взбалтываемой взвеси (болтушки).

**Задача №4**

Больная 33-х лет поступила на стационарное лечение с жалобами на высыпания в области кистей, мокнутие, умеренный зуд.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение трех лет. Начало заболевания связывает контактом со стиральным порошком, когда впервые возникли высыпания на кистях, сопровождающиеся зудом. После применения кортикостероидных мазей высыпания полностью регрессировали. В дальнейшем после стирки высыпания периодически появлялись вновь. Однако последнее обострение возникло на фоне стрессовой ситуации, контакта с порошком не было.

Сопутствующие заболевания отрицает. Наследственность: у бабушки больной по отцовской линии была пищевая аллергия на клубнику, проявляющаяся высыпаниями на коже в виде узелковых элементов.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, симметричный, локализуется на коже тыла кистей. Представлен очагами с нечеткими границами. В очагах на фоне ярко выраженной эритемы и отека множественные микровезикулы с серозным содержимым, эрозии, серозно-геморрагические корки, экскориации, мелкокапельное мокнутие.

1. Дайте определение морфологическим элементам, имеющимся у данной больной.
2. Какие виды вторичных морфологических элементов вы знаете?
3. Перечислите слои дермы.
4. Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах кожи.
5. Выпишите рецепты гипосенсибилизирующего и антигистаминного препаратов.

**Задача №5**

На прием к дерматологу обратился больной 19 лет с жалобами на высыпания на коже рук, туловища.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 5 дней, когда на коже рук, туловища появилась краснота, дряблые пузырьки, корочки. Самостоятельно смазывал высыпания раствором бриллиантовой зелени, несмотря на это продолжали появляться свежие высыпания в виде пузырьков с гнойным содержимым.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. При осмотре на коже верхних конечностей и туловища наблюдаются поверхностные полостные элементы с вялой покрышкой, мутноватым гнойным содержимым, окруженные венчиком гиперемии. Элементы сыпи расположены вне связи с фолликулами. На месте некоторых элементов – серозно-гнойные корки.

1. Перечислите первичные и вторичные морфологические элементы сыпи.
2. При каких заболеваниях возникают пустулезные элементы сыпи?
3. Перечислите слои эпидермиса
4. Какие виды шелушения вы знаете?
5. Выпишите рецепт водно-взбалтываемой взвеси (болтушки).

**Ответ к задаче № 1**

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Осмотреть кожу ребенка, больного кожным заболеванием
2. Провести дифференциальную диагностику морфологических элементов сыпи
3. Определить по вторичным морфологическим элементам предшествующие им первичные морфологические элементы сыпи.

**7.Рекомендации по выполнению НИРС.**

1. Особенности оценки состояния кожи дерматологического больного.

2. Современные особенности строения кожи и её придатков.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,вид издания | **Автор (- ы),****составитель (-и),****редактор (ы).** | Место издания, издательство, год.  | Кол-во экземпляров |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
|  1 |  **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **Основная литература** |
| 1. |  Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю.С. Бутов, О.Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. |  3 |  |
| **Дополнительная литература** |
| 2. | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К.  | М.: Бином, 2011 |  3 |  |
| 3. | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. |  3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris  |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**Занятие №2.**

1. **Тема:** «Пиодермии у детей периода новорожденности, у детей старшего возраста. Чесотка. Клинические проявления. Лечение и профилактика».
2. **Формы работы:**
* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.
1. **Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**-ОПК-8** (готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**
* **знать:**
* этиологию и эпидемиологию пиодермий ;
* классификацию пиодермий;
* особенности клинических проявлений и течения пиодермий ;
* **уметь:**
* составлять алгоритм обследования и лечения больных страдающих пиодермиями ;
* исследовать содержимое пузырей, пузырьков и пустул;
* определять чувствительность больного к антибиотикам;
* проводить эпиляцию при вульгарном сикозе.
* **владеть:**
* диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание;

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Выберите один правильный ответ.

1. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЧЕСОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) Sarcoptes scabiei hominis

2) Demodex folliculorum

3) Leishmania tropica

4) Treponema pallidum

5)Chlamydia trachomatis

Правильный ответ:1

2. ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕСОТКОЙ

1) алиментарный

2) воздушно- капельный

3) трансмиссивный

4) контактный

5) парентеральный

Правильный ответ:4

3. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЖАЛОБЫ У БОЛЬНЫХ ЧЕСОТКОЙ

1) дневной зуд

2) ночной зуд

3) боль

4) жжение

5) парестезии

Правильный ответ:2

4. наиболее частое осложнение чесотки

1) вторичная пиодермия

2) сепсис

3) рубцовая атрофия кожи

4) флегмоны

5) эритродермия

Правильный ответ:1

5. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ НА КОЖЕ ПРИ ЧЕСОТКЕ У ВЗРОСЛЫХ

1) на коже туловища, кистей рук

2) на волосистой части головы

3) на коже ладоней

4) в межлопаточной области

5) на коже лица

Правильный ответ:1

6. ПОВЕРХНОСТНАЯ ФОРМА СТАФИЛОДЕРМИИ

1) остиофолликулит

2) фурункул

3) гидраденит

4) карбункул

5) импетиго

Правильный ответ:1

7. ФУРУНКУЛ НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ОПАСЕН

1) развитием рожистого воспаления лица

2) развитием флегмоны шеи

3) развитием заглоточного абсцесса

4) развитием тромбоза кавернозного синуса

5) развитием флегмоны дна полости рта

Правильный ответ:4

8. ОСНОВНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ ФУРУНКУЛОМ И ФУРУНКУЛЕЗОМ

1) локализация высыпаний

2) количество высыпаний

3) течение

4) общая семиотика

5) развитие осложнений

Правильный ответ:3

9. РАЗВИТИЮ ФУРУНКУЛЕЗА способствует

1) псориаз

2) экзема

3) сифилис

4) сахарный диабет

5) онихомикоз

Правильный ответ:4

10. К ПОВЕРХНОСТНОЙ ФОРМЕ СТАФИЛОДЕРМИИ ОТНОСИТСЯ

1) вульгарный сикоз

2) фурункул

3) гидраденит

4) карбункул

5) подрывающий фолликулит Гоффманна

Правильный ответ:1

1. **Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача №1**

 На прием к дерматологу обратился больной 48 лет с жалобами на болезненное уплотнение красного цвета над верхней губой слева. Беспокоит озноб и чувство недомогания.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Болен в течение 5 дней. После бритья появился гнойничок над верхней губой. Больной пытался его выдавить. Через день образовалось болезненное уплотнение величиной чуть больше горошины. Через два дня инфильтрат увеличился, кожа над ним покраснела. Температура тела была 37.4 С. Больного стали беспокоить головные боли, общее недомогание.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже носогубного треугольника слева узел величиной до вишни, болезненный при пальпации. Кожа над узлом синюшно-красного цвета. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания.
3. Укажите возможные осложнения.
4. Принципы лечения заболевания.
5. Дайте рекомендации больному после клинического выздоровления.

**Задача №2**

 На прием к дерматологу обратилась женщина 30 лет. Работает няней в детском саду. Жалобы на высыпания на коже лица.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 5 дней. На коже щек, вокруг рта появилась краснота, дряблые пузырьки, корочки. Самостоятельно смазывала высыпания раствором бриллиантовой зелени, несмотря на это продолжали появляться свежие высыпания в виде пузырьков.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. На коже лица в области щек, подбородка на фоне разлитой эритемы множество фликтен, серозно-гнойных корочек, эрозий.

1. Поставьте диагноз.
2. Особенности развития воспалительного процесса в очаге инфекции.
3. Эпидемиология заболевания
4. Перечислите клинические разновидности данного заболевания.
5. Выпишите рецепты наружной терапии.

**Задача №3**

 На прием к дерматовенерологу обратилась больная 20 лет с жалобами на высыпания на коже спины, бедер, ягодиц; повышение температуры тела до 380, общую слабость, недомогание.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение трех лет, когда появились единичные болезненные узлы в области спины и груди, сопровождающиеся повышением температуры тела, общей слабостью. За медицинской помощью обратилась к хирургу. Диагностировали фурункулы. Была назначена антибактериальная терапия, физиолечение. С этого времени периодически отмечала появление фурункулов на коже туловища и конечностей. Приём антибиотиков эффекта не дает. Из сопутствующих заболеваний отмечает сахарный диабет.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер. Симметричный. Высыпания локализуются на туловище и конечностях, представлены 5 ограниченными плотными узлами багрово-красного цвета, высыпающими над уровнем кожи, болезненными при пальпации. Отдельные узлы в центре имеет пустулу, у двух узлов в центре отчетливо виден некротический стержень с гнойным отделяемым.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию
3. Ключевые звенья патогенеза заболевания.
4. Составьте алгоритм обследования больной
5. Рекомендации больной после курса терапии.

**Задача №4**

На прием к дерматологу обратился больной 60 лет с жалобами на высыпания на лице и трещины в углах рта. Беспокоит зуд, слюнотечение.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 2-х недель, когда впервые появились трещины в углах рта, затем высыпания на лице. Лечился самостоятельно – полоскал рот раствором фурацилина и смазывал трещины облепиховым маслом.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на коже лица и в углах рта. На коже лица вялые пузырьки, медово – желтые корочки, эрозии; в углах рта – линейные трещины.

При осмотре полости рта больного обнаружены кариозные зубы.

1. Поставьте диагноз
2. Особенности развития воспалительного процесса в очаге инфекции.
3. Эпидемиология заболевания.
4. Составьте алгоритм обследования больного.
5. Особенности режима больного.

**Задача №5**

На прием к дерматологу обратился больной 30лет с жалобами на болезненность указательного пальца правой руки, чувство озноба, недомогание.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 4-х дней, когда во время работы травмировал ногтевую фалангу указательного пальца. На коже валика ногтя появился пузырь с прозрачным содержимым, через некоторое время содержимое пузыря помутнело и пузырь вскрылся.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже заднего ногтевого валика указательного пальца правой руки дугообразная, огибающая ноготь, мокнущая, красного цвета эрозия. Температура тела 37,6 С. Локтевые лимфатические узлы справа незначительно увеличены, болезненны при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Особенности развития воспалительного процесса в очаге инфекции.
3. Принципы терапии заболевания.
4. Возникновение какого осложнения возможно в данном случае?
5. Профилактика заболевания.

**Задача №6**

На прием к дерматовенерологу обратился больной 48 лет с жалобами на болезненное уплотнение красного цвета над верхней губой. Беспокоит озноб и чувство недомогания.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Болен в течение 3-х дней. Начало заболевания связывает с тем, что пытался выдавить гнойничок над верхней губой. На этом месте образовалось болезненное уплотнение величиной чуть больше горошины. Через 2 дня инфильтрат увеличился, кожа над ним покраснела. Больного стали беспокоить головные боли, общее недомогание. Лечился самостоятельно – протирал кожу спиртовым раствором настойки календулы и йодом.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на коже в области носогубного треугольника, слева над губой. Представлен узлом, болезненным при пальпации, величиной до2-х см в диаметре. Кожа над узлом отечная, синюшно – красного цвета. Поверхность узла гладкая, лоснящаяся. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации.

1. Поставьте диагноз.

2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания.

3. Укажите возможные осложнения.

4. Принципы лечения заболевания.

5. Дайте рекомендации больному после клинического выздоровления.

**Ответ к задаче № 1**

1. **Поставьте диагноз.**

Фурункул носогубного треугольника.

1. **Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания.**

Пиодермии (греч. руоn-гной) - гнойные воспалительные заболевания кожи, вызываемые разнообразными возбудителями (стафилококками, стрептококками, пневмококками, кишечной палочкой, вульгарным протеем, синегнойной палочкой и другими). Чаще всего обусловлены стафилококками и стрептококками.

Важными факторами, способствующими возникновению пиодермии, являются массивность инфицирования, вирулентность микробов, наличие входных ворот для инфекции и состояние иммунитета.

Неповрежденная нормально функционирующая кожа является непреодолимым препятствием для проникновения пиококковой инфекции в организм. Защитная функция кожи обеспечивается целостью рогового слоя и его химическим составом, секретом сальных и потовых желез. Мытье кожи ведет не только к механическому удалению микробов, но и повышению её стерилизующего свойства. На поверхности кожи, вымытой с мылом, погибает до 95 *%* всех нанесенных на кожу микробов.

Защитные функции кожи могут видоизменяться под влиянием разнообразных внешних факторов: нарушения целости рогового слоя (травматизация механическими факторами, химическими веществами, мацерация), загрязнения кожи, нарушения секреторной функции кожи. Повышенное потоотделение ведет к мацерации, снижается кислотность поверхности кожи, что создает предпосылки для размножения пиококков, проникновению их в глубину кожи. Имеет значение себорейное состояние кожи (количественные и качественные изменения кожного сала, снижение его стерилизующих свойств).

Различные нарушения функций внутренних органов (особенно желудочно-кишечного тракта), эндокринных желез, процессов обмена, функциональные нарушения ЦНС, нарушения питания, витаминные нарушения отражаются на степени восприимчивости к пиококковой инфекции и влияют на характер её течения.

1. **Укажите возможные осложнения.**

Тромбоз кавернозного синуса, тромбофлебит вен лица, менингит, менингоэнцефалит, сепсис, абсцессы.

1. **Принципы лечения заболевания.**

Общее лечение:

1. Антибиотики группы пенициллина (амоксициллина тригидрат по 500 мг 2р/сут., амоксициллин — по 500—750 мг 2 р/сут.)
2. Антибиотики группы цефалоспоринов (цефалексин — по 250—500 мг 4 р/сут., цефазолин - 1 г 2—4 р/сут. цефаклор по 500 мг 3 раза в сутки. ).
3. Антибиотики группы макролидов (эритромицинпо 1 —4 г. 4 р/сут., азитромицин 1 г — в 1-й день, со 2-го по 5-й день — по 500 мг 1 р/сут.).

 Местное лечение:

1. Препараты с противовоспалитель­ным, антисептическим действием (ихтиоловая мазь10%, ихтиоловая паста2—5%, аппликации на инфильтративный очаг).
2. Анилиновые красители (бриллиантового зеленог**о** спиртовой раствор 1%, фукорци**н** спиртовой раствор, метиленовый сини**й** 1—3% водный раствор, калия перманганат**а** 0,01—0,1% раствор, аппликации 2—3 р/сут.)
3. Антисептические наружные препараты (раствор перекиси водорода**,** хлоргексидина биглюканат0,5% спиртовой, 1% водный раствор, хлорофиллиптмасляный раствор 2%, аппликации 2-3 р/сут.).
4. Антимикробные препараты (неомицина сульфат(5000 МЕ/5мг)+ бацитрацин цинк(250МЕ), гентамицина сульфат0,1% мазь или крем, фузидовая кислота2% крем или мазь, мупироцин 2% мазь, эритромицинмазь (10 000 ЕД/г), линкомицина гидрохлоридмазь, сульфатиазол серебра1% крем, цинка гиалуронатраствор или гель, аппликации 2—3 р/сут. Курс лечения составляет 7—14 дней).
5. **Дайте рекомендации больному после клинического выздоровления.**
* своевременное антисептическая обработка микротравм, трещин, раневых поверхностей.
* рациональный уход за кожей лица.

**Ответ к задаче № 2**

1. **Поставьте диагноз.**

Стрептококковое импетиго.

1. **Особенности развития** **воспалительного процесса в очаге инфекции.**

В очаге стрептококковой инфекции из расширенных кровеносных капилляров выходит в окружающую ткань в большом количестве плазма крови. Она вызывает резкий отек вокруг очага с быстрым образованием полости, наполненной серозным экссудатом. Полиморфноядерные нейтрофилы из кровеносных сосудов не выходят, поэтому лейкоцитарной зоны вокруг очага инфекции не образуется. Реакция со стороны соединительной ткани небольшая. Коагуляция плазмы, проникшей в ткань, происходит слабо, так как стрептококки менее способны коагулировать плазму. Вместе с тем, фибринолитическое свойство у них выражено значительно сильнее. Блокада лимфатических сосудов при инфекции наступает поздно, только через 2 суток. Этим и обусловлены клинические особенности стрептококкового воспалительного процесса - вяло текущий воспалительный процесс с резким отеком ткани и быстрым образованием в очаге инфекции пузырька, окруженного гиперемией; раннее развитие лимфангоитов и лимфаденитов, часто с бурной общей реакцией – высокой температурой тела, головной болью, изменениями в крови, с тенденцией к диссеминации процесса.

1. **Эпидемиология заболевания**

Стрептококковое импетигоявляется самой частой формой стрептодермии. Стрептодермии чаще встречаются у лиц с тонким эпидермисом (дети, женщины). У детей наблюдается на первом году жизни и в более старшем возрасте. Источником инфекции являются чаще всего лица, больные стрептококковыми заболеваниями кожи и слизистых оболочек (хронический ринит, ангина, скарлатина). Возбудитель передаетсячерез белье, одежду, игрушки, инфицированные руки.

1. **Перечислите клинические разновидности данного заболевания.**

- Щелевидное импетиго (заeда, угловой стоматит).

- Околоногтевое импетиго (турниоль, поверхностный панариций).

- Пузырное (буллезное) импетиго.

- Кольцевидное импетиго.

- Гирляндоподобное импетиго.

- Папуло-эрозивная стрептодермия (пеленочный дерматит или сифилоподобное папулезное импетиго).

- Интертригинозная стрептодермия.

- Эритемато-сквамозная стрептодермия

- Острая диффузная поверхностная стрептодермия.

1. **Выпишите рецепты наружной терапии.**

Rp: Liquoris Castellani 50,0

D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день.

Rp: Fucorcini 25,0 D.S. Смазывать очаги 1 раз в день.

Rp: Ung. Erythromycini 1% 10,0

D.S. Смазывать очаги 2 раза в день.

Rp: Ung. Hentamycini 0,1%-10,0

D.S. Наносить на очаги поражения 2-3 раза в день.

**Ответ к задаче № 3**

1. **Поставьте диагноз.**

Фурункулез.

1. **Дайте определение заболеванию**

Фурункулез – хроническая рецидивирующая стафилодермия.

1. **Ключевые звенья патогенеза заболевания.**

Возбудителем инфекции является стафилококк. Исследования последних лет показали, что в основе хронической пиодермии лежит иммунодефицитное состояние. Изменения в основном касаются состояния специфических и неспецифических компонентов клеточного звена иммунитета. Отмечено снижение количественных и функциональных показателей основных регуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов хелперов и супрессоров, снижение фагоцитарной активности нейтрофилов и тканевых макрофагов, снижение продукции Ig G, IgA.

1. **Составьте алгоритм обследования больной**
* Общий анализ крови.
* Общий анализ мочи.
* Биохимический анализ крови:общий белок, общий билирубин, АЛТ, ACT, ЩФ, креатинин, мочевина, глюкоза.
* Гистологическое исследование биоптата кожи(в сомнительных случаях).
* Исследование показателей иммунологического статуса.
* Микробиологическое выделение и идентификация микробной флоры кожи с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам.
1. **Рекомендации больной после курса терапии.**
2. Лечение выявленных сопутствующих заболеваний (сахарного диабета).
3. Полноценная диета, богатая витаминами. В пище ограничение соли, углеводов, исключение алкоголя.
4. Противорецидивное лечение (курс витаминотерапии, фитотерапии, УФО, иммунокорригирующая терапия).
5. Диспансерное наблюдение.

**Ответ к задаче № 4**

* 1. **Поставьте диагноз**

Стрептоткокковое импетиго.

* 1. **Особенности развития** **воспалительного процесса в очаге инфекции.**

В очаге стрептококковой инфекции из расширенных кровеносных капилляров выходит в окружающую ткань в большом количестве плазма крови. Она вызывает резкий отек вокруг очага с быстрым образованием полости, наполненной серозным экссудатом. Полиморфноядерные нейтрофилы из кровеносных сосудов не выходят, поэтому лейкоцитарной зоны вокруг очага инфекции не образуется. Реакция со стороны соединительной ткани небольшая. Коагуляция плазмы, проникшей в ткань, происходит слабо, так как стрептококки менее способны коагулировать плазму. Вместе с тем, фибринолитическое свойство у них выражено значительно сильнее. Блокада лимфатических сосудов при инфекции наступает поздно, только через 2 суток. Этим и обусловлены клинические особенности стрептококкового воспалительного процесса - вяло текущий воспалительный процесс с резким отеком ткани и быстрым образованием в очаге инфекции пузырька, окруженного гиперемией; раннее развитие лимфангоитов и лимфаденитов, часто с бурной общей реакцией – высокой температурой тела, головной болью, изменениями в крови, с тенденцией к диссеминации процесса.

* 1. **Эпидемиология заболевания**

Стрептококковое импетигоявляется самой частой формой стрептодермии. Стрептодермии чаще встречаются у лиц с тонким эпидермисом (дети, женщины). У детей наблюдается на первом году жизни и в более старшем возрасте. Источником инфекции являются чаще всего лица, больные стрептококковыми заболеваниями кожи и слизистых оболочек (хронический ринит, ангина, скарлатина). Возбудитель передаетсячерез белье, одежду, игрушки, инфицированные руки.

* 1. **Составьте алгоритм обследования больного.**
* Общий анализ крови.
* Общий анализ мочи.
* Микробиологическое выделение и идентификация микробной флоры кожи с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам.
	1. **Особенности режима больного.**

Большое значение имеет правильный уход за здоровой и больной кожей. При всех формах пиодермий следует избегать мытья водой с мылом очагов поражения. В целях санации всей кожи рекомендуется общее ультрафиолетовое облучение или обтирание видимо здоровой кожи дезинфицирующими средствами (1-2% спиртовой раствор салициловой кислоты, 0,1% водный раствор перманганата калия, 1-2% спиртовой раствор борной кислоты). Следует избегать повязок и компрессов, которые способствуют переносу инфекции на здоровые участки кожи.

**Ответ к задаче № 5**

* 1. **Поставьте диагноз.**

Стрептококковое импетиго (поверхностный панариций).

* 1. **Особенности развития** **воспалительного процесса в очаге инфекции.**

В очаге стрептококковой инфекции из расширенных кровеносных капилляров выходит в окружающую ткань в большом количестве плазма крови. Она вызывает резкий отек вокруг очага с быстрым образованием полости, наполненной серозным экссудатом. Полиморфноядерные нейтрофилы из кровеносных сосудов не выходят, поэтому лейкоцитарной зоны вокруг очагафекции не образуется. Реакция со стороны соединительной ткани небольшая. Коагуляция плазмы, проникшей в ткань, происходит слабо, так как стрептококки менее способны коагулировать плазму. Вместе с тем, фибринолитическое свойство у них выражено значительно сильнее. Блокада лимфатических сосудов при инфекции наступает поздно, только через 2 суток. Этим и обусловлены клинические особенности стрептококкового воспалительного процесса - вяло текущий воспалительный процесс с резким отеком ткани и быстрым образованием в очаге инфекции пузырька, окруженного гиперемией; раннее развитие лимфангоитов и лимфаденитов, часто с бурной общей реакцией – высокой температурой тела, головной болью, изменениями в крови, с тенденцией к диссеминации процесса.

* 1. **Принципы терапии заболевания.**

**Антибиотики**

Показаны при остро протекающих, глубоких пиодермиях, распространенных пиодермиях, хронических, а также при осложнениях лимфангоитом и тяжелыми общими явлениями. Наиболее эффективными и с наименьшим числом побочных реакций являются антибиотики из группы макролидов, линкомицин, а также цефалоспорины I-II поколения; также другие антибиотики, устойчивые к b-лактамазам и обладающие широким спектром действия. Антибиотики назначают с учетом данных антибиотикограммы перорально, в ряде случаев – внутримышечно. Режим дозирования индивидуальный в зависимости от тяжести течения и распространенности процесса.

**Сульфаниламиды.**

**Наружная терапия.**

Очаг поражения обрабатывается антисептическими растворами (1% спиртовой раствор хлорофиллипта, фукорцин, 1% раствор метиленовой синьки). Везикулопустулезные элементы сыпи необходимо вскрывать стерильной иглой, смазывать 2-3 раза в день водными и спиртовыми растворами анилиновых красителей (1-2% раствором метиленовой синьки, бриллиантовой зелени; 0,5% раствором перманганата калия, краской Кастеллани). Для снятия корок используют дезинфицирующие, кератолитические и кератопластические мази: 1-2% салициловую, 3-5% дерматоловую; фуцидин мазь и крем. Применяют мази с антибиотиками: тетрациклиновую, эритромициновую, гентамициновую.

* 1. **Возникновение какого осложнения возможно в данном случае?**

Поверхностный панариций может превратиться в глубокий.

* 1. **Профилактика заболевания.**

- своевременное антисептическая обработка микротравм, трещин, раневых поверхностей.

- рациональный уход за кожей рук.

**Ответ к задаче №6**

1. **Поставьте диагноз.**

Фурункул носогубного треугольника.

**2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания.**

Пиодермии (греч. руоn-гной) - гнойные воспалительные заболевания кожи, вызываемые разнообразными возбудителями (стафилококками, стрептококками, пневмококками, кишечной палочкой, вульгарным протеем, синегнойной палочкой и другими). Чаще всего обусловлены стафилококками и стрептококками.

Важными факторами, способствующими возникновению пиодермии, являются массивность инфицирования, вирулентность микробов, наличие входных ворот для инфекции и состояние иммунитета.

Неповрежденная нормально функционирующая кожа является непреодолимым препятствием для проникновения пиококковой инфекции в организм. Защитная функция кожи обеспечивается целостью рогового слоя и его химическим составом, секретом сальных и потовых желез. Защитные функции кожи могут видоизменяться под влиянием разнообразных внешних факторов: нарушения целости рогового слоя (травматизация механическими факторами, химическими веществами, мацерация), загрязнения кожи, нарушения секреторной функции кожи.

* 1. **Укажите возможные осложнения.**

Тромбоз кавернозного синуса, тромбофлебит вен лица, менингит, менингоэнцефалит, сепсис, абсцессы.

* 1. **Принципы лечения заболевания.**

Общее лечение:

1. Антибиотики группы пенициллина (амоксициллина тригидрат по 500 мг 2р/сут., амоксициллин — по 500—750 мг 2 р/сут.)
2. Антибиотики группы цефалоспоринов (цефалексин — по 250—500 мг 4 р/сут., цефазолин - 1 г 2—4 р/сут. цефаклор по 500 мг 3 раза в сутки. ).
3. Антибиотики группы макролидов (эритромицинпо 1 —4 г. 4 р/сут., азитромицин 1 г — в 1-й день, со 2-го по 5-й день — по 500 мг 1 р/сут.).

 Местное лечение:

1. Препараты с противовоспалитель­ным, антисептическим действием (ихтиоловая мазь10%, ихтиоловая паста2—5%, аппликации на инфильтративный очаг).
2. Анилиновые красители (бриллиантового зеленог**о** спиртовой раствор 1%, фукорци**н** спиртовой раствор, метиленовый сини**й** 1—3% водный раствор, калия перманганат**а** 0,01—0,1% раствор, аппликации 2—3 р/сут.)
3. Антисептические наружные препараты (раствор перекиси водорода**,** хлоргексидина биглюканат0,5% спиртовой, 1% водный раствор, хлорофиллиптмасляный раствор 2%, аппликации 2-3 р/сут.).
4. Антимикробные препараты (неомицина сульфат(5000 МЕ/5мг)+ бацитрацин цинк(250МЕ), гентамицина сульфат0,1% мазь или крем, фузидовая кислота2% крем или мазь, мупироцин 2% мазь, эритромицинмазь (10 000 ЕД/г), линкомицина гидрохлоридмазь, сульфатиазол серебра1% крем, цинка гиалуронатраствор или гель, аппликации 2—3 р/сут. Курс лечения составляет 7—14 дней).

**5.Дайте рекомендации больному после клинического выздоровления.**

* своевременное антисептическая обработка микротравм, трещин, раневых поверхностей.
* рациональный уход за кожей лица.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Собрать анамнез у больного пиодермией и чесоткой.
2. Осмотреть кожу, волосы, ногти, слизистые оболочки, красную кайму губ.
3. Определять по вторичным морфологическим элементам предшествовавшие им первичные морфологические элементы.
4. Описывать клиническую картину поражения кожи при пиодермиях и чесотке.
5. Выписывать рецепты препаратов на основные лекарственные формы для общего и наружного применения у больных пиодермией и чесоткой.
6. Применять наружные лекарственные формы при пиодермиях и чесотке, работать в перевязочной.
7. Взять патологический материал для выявления чесоточного клеща и патогенных грибов.
8. Заполнять экстренное извещение на больного чесоткой.
9. Проводить дезинфекцию рук и инструментов при работе с больными чесоткой.

**7.Рекомендации по выполнению НИРС.**

1.Пиодермии: этиология, патогенез, классификация. Стафилодермии. Стрептодермии.

2. Дифференциально-диагностические критерии стрепто- и стафилодермий.

3. Лечение и профилактика пиодермий.

4. Особенности течения пиодермий у детей.

5.Чесотка: этиология, эпидемиология, клиника типичной чесотки (особенности современного течения чесотки).

6. Клинические разновидности чесотки, лабораторная диагностика.

7. Лечение и профилактика чесотки.

5. Морфологические элементы сыпи.

6. Патоморфологические изменения в коже. Признаки острого и хронического воспаления.

7. Принципы лечения дерматозов: общая терапия, наружная терапия.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,вид издания | **Автор (- ы),****составитель (-и),****редактор (ы).** | Место издания, издательство, год.  | Кол-во экземпляров |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
|  1 |  **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **Основная литература** |
| 1. |  Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю.С. Бутов, О.Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. |  3 |  |
| **Дополнительная литература** |
| 2. | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К.  | М.: Бином, 2011 |  3 |  |
| 3. | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. |  3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris  |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**Занятие №3.**

1. **Тема:** «Грибковые заболевания кожи. Эпидемиология. Отрубевидный лишай. Микроспория. Трихофития. Микозы стоп. Кандидозы у детей. Дифференциальная диагностика. Методы общей и наружной терапии».
2. **Формы работы:**
* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.
1. **Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

**-** -**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**-ОПК-8** (готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

**Учебная:**

* **знать:**
* этиопатогенетические факторы развития микозов кожи;
* эпидемиологию грибковых заболеваний кожи.

 **-уметь:**

* определить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи.
* владеть методами пальпации кожи, проведения поскабливания и диаскопии элементов сыпи.
* проводить микроскопическое исследование при микозах.
* проводить культуральную диагностику при микозах.
* составить алгоритм обследования больного.

**-владеть:**

* диагностическими тестами, позволяющими верифицировать микозы.

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

1. ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИКОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ

1) стрептококки

2) стафилококки

3) грибы

4) вирусы

5) гонококки

Правильный ответ:3

2. Зоофильными грибами вызывается

1) микроспория

2) поверхностная трихофития

3) розовый лишай

4) разноцветный лишай

5) микоз стоп

Правильный ответ:1

3. СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

1) (+) симптом Дюбуа

2) (+)симптом Авситидийского

3) (+) симптом «скошенного луга»

4) (+) симптом зонда

5) (+) симптос Поспелова

Правильный ответ:3

4. К КЕРАТОМИКОЗАМ ОТНОСИТСЯ

1) микоз стоп

2) фавус

3) отрубевидный лишай

4) микроспория

5) бластомикоз

Правильный ответ:3

5. ПРИ ОТРУБЕВИДНОМ ЛИШАЕ ПОРАЖАЕТСЯ

1) кожа туловища

2) ладони

3) подошвы

4) слизистые

5) ногти

Правильный ответ:1

6. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) гистологическую биопсию

2) пробу Ядассона

3) кожные пробы

4) РИФ

5) пробу Бальзера

Правильный ответ:5

7.Для разноцветного лишая характерно

1) жжение

2) отрубевидное шелушение

3) крупнопластинчатое шелушение

4) интенсивный зуд

5) локализация на ладонях и стопах

Правильный ответ:2

8. ПОДМЫШЕЧНЫЙ ТРИХОМИКОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ

1) стрептококками

2) грибами

3) стафилококками

4) коринебактериями

5) вирусами

Правильный ответ:2

9. ВОЗБУДИТЕЛЕМ РУБРОМИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1) Malasseziafufur

2) Corynebacteriumminutissimum

3) Tricoph. Rubrum

4) Trichofitonschonleinii

5) Candidaalbicans

Правильный ответ:3

10. ТРИХОФИТИЯ ОТНОСИТСЯ

1) к дерматомикозам

2) к кандидозам

3) к глубоким микозам

4) к кератомикозам

5) к псевдомикозам

Правильный ответ:1

1. **Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача №1**

 На прием к дерматовенерологу обратился больной 26 лет с жалобами на высыпания на подошвах, в межпальцевых складках стоп, зуд.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Около года назад заметил шелушение кожи в межпальцевых складках стоп. Спустя некоторое время на коже межпальцевых складок стали появляться трещины, беспокоил зуд. В течение последней недели появились пузырьки на подошвах.

Больной активно занимается спортом, посещает бассейн, спортзал, пользуется сауной.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В межпальцевых складках стоп шелушение. В четвертой межпальцевой складке на фоне отека и эритемы трещина, окаймленная рогом отслаивающегося эпидермиса. На сводах стоп величиной с горошину пузырьки с прозрачным содержимым, покрышки пузырьков плотные.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?

3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?

4. Методы общей и наружной терапии.

5. Меры общей и личной профилактики.

**Задача №2**

 На прием к дерматовенерологу обратился больной 45 лет с жалобами на высыпания в области паховых складок, бедер, сопровождающиеся зудом.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение двух месяцев, когда впервые появились высыпания на коже бедер в виде пятен розового цвета. Отмечал зуд. За медицинской помощью не обращался. Постоянно пользуется общественной баней, не соблюдает правил личной гигиены.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. Симметричный. В паховых складках, на внутренней поверхности бедер очаги полициклических очертаний с хорошо выраженным отечным периферическим валиком из пузырьков, микропустул, корочек, чешуек. В центре очагов шелушение.

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план обследования больного.

3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?

4. Назначьте лечение больному.

5. Рекомендации больному после проведенного курса терапии.

**Задача №3**

 На прием к дерматологу обратился больной 60 лет с жалобами на высыпания в паховых складках, болезненность в полости рта при приёме пищи.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение двух месяцев, когда впервые появились высыпания в паховой области, высыпания на слизистой щек в виде крупинок белого цвета. За медицинской помощью больной не обращался, самостоятельно не лечился. Вскоре появилось ощущение дискомфорта, а затем и болезненности в полости рта, связанные с приёмом пищи. Из сопутствующих заболеваний отмечает бронхиальную астму, по поводу которой получает глюкокортикостероиды.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер. Симметричный. На слизистой щек эрозии, покрытые белым налетом. В паховых складках эрозии, резко отграниченные от окружающей кожи белым ободком отслаивающегося эпидермиса. Поверхность эрозий влажная, блестящая, синюшно-красного цвета. По периферии эрозий отсевы пузырьков и пустул.

1. Поставьте диагноз.

2. Этиология и патогенез заболевания.

3. Составьте план обследования больного.

4. Методы общей и наружной терапии.

5. Выпишите рецепты.

**Задача №4**

 На прием к дерматологу обратилась больная 45 лет с жалобами на высыпания в складках кожи под молочными железами, в паховых складках.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение двух месяцев, когда впервые появились высыпания в паховой области, в складках кожи под молочными железами. Самостоятельно обрабатывала высыпания раствором бриллиантовой зелени. Улучшения не отмечала. Из сопутствующих заболеваний отмечает сахарный диабет, пиелонефрит.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В складках кожи под молочными железами, паховых складках крупные эрозии, резко отграниченные от окружающей кожи, окаймленные белым ободком отслаивающегося эпидермиса. Поверхность эрозий влажная, блестящая, синюшно-красного цвета. Вокруг эрозий имеются отсевы, представленные мелкими вялыми пузырьками, эритематозными пятнами.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?

3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.

4. Составьте план лечения больной.

5. Выпишите рецепты.

**Задача №5**

 На прием к дерматологу обратился больной 65 лет с жалобами на высыпания в углах рта, боли при глотании.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Болен в течение 1 недели, когда после проведения курса химиотерапии по поводу заболевания предстательной железы почувствовал болезненность в полости рта при приёме пищи.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На слизистой полости рта в области щек, губ, мягкого неба эрозии, покрытые белесоватым «творожистым» налетом. Налет легко снимается шпателем. Кожа в углах рта воспалена, также покрыта белым налетом. В правом углу рта при снятии налета обнажается эрозия линейной формы.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

4. Наметьте план лечения больного.

5. Выпишите рецепты.

**Задача №6**

 На прием к дерматологу обратилась мать с ребенком 10 лет с жалобами на появление очагов облысения на голове.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Мать заметила появление очагов облысения на голове у ребенка 5 дней назад.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На волосистой части головы в затылочной и теменной областях определяются 3 округлых очага облысения с четкими границами от 2 до 4 см в диаметре. На коже в очагах поражения эритема, пластинчатые чешуйки, волосы обломаны на высоте 4-6мм от уровня кожи.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Этиология и патогенез заболевания.

3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

4. Назначьте лечение.

5. Какие особенности эпидемиологического анамнеза необходимо выяснить у больного?

**Ответ к задаче №1**

1. **Поставьте предварительный** **диагноз.**

Микоз стоп, интертригинозно-дисгидротическая форма клинически.

1. **Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?**
* Микроскопическое исследование патологического материала: чешуек кожи стоп.
* Культуральное исследование.
1. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?

Дифференциальная диагностика с дисгидротической экземой, псориазом, пустулезным бактеридом Эндрюса, кератодермией, паховой эпидермофитией, красной волчанкой.

1. **Методы общей и наружной терапии.**

**Общее лечение:**

1. При острых воспалительных явлениях (кальция глюконат 10% раствор, в/в или в/м по 5—10 мл 1 р/сут в течение 10—15 дней, кальция пантотенат по 0,5 г 3 р/сут, натрия тиосульфат, 30% раствор, внутривенно 5 мл 1 р/сут в течение 10 дней, супрастин внутрь по 0,025 г 2-3 р/сут в течение 10-15 дней, диазолин внутрь по 0,1 г).

**Местное лечение:**

* На первом этапе терапии (борная кислота, 2% раствор, местно 2—3 р/сут в течение 1—2 дней, бриллиантовый зеленый, 1 % водный раствор, местно 1—2 р/сут в течение 1-2 дней, калия перманганата, раствор 1: 6000, резорцин, 0,5% раствор, местно 1-2 р/сут в течение 1-2 дней, фукорцин, раствор, местно 1—2 р/сут в течение 2—3 дней, затем - переходят на пасты и мази: 2-5% борно-нафталановая паста, местно 2 р/сут в течение 5—7 дней, 5% паста АСД, местно 2 р/сут в течение 5-7 дней, мази, содержащие противогрибковые ЛС и глюкокортикоидные ЛС: микозолон (миконазол + мазипредон) 2 р/сут в течение 7—10 дней, травокорт (изоконазол нитрат + дифлукортолон валерат) 2 р/сут в течение 7—10 дней).
* При присоединении бактериальной флоры (калия перманганата, раствор 1: 6000, ванночки 2-3 р/сут в течение 1—2 дней, препараты, содержащие антибиотики, кортикостероиды и противогрибковые средства: пимафукорт (натамицин + неомицин + гидрокортизон) 2 р/сут в течение 3—5 дней, тридерм (бетаметазон дипропионат + гентацимин сульфат +клотримазол) 2 р/сут в течение 3—5 дней).
1. **Меры общей и личной профилактики.**
* первичная профилактика: выполнение гигиенических правил по уходу за кожей стоп (профилактика микротравм, потертостей, устранение гипергидроза или сухости кожи, плоскостопия и др.).
* вторичная профилактика: дезобработка обуви, перчаток, белья и предметов обихода.

**Ответ к задаче №2**

1. **Поставьте диагноз.**

Паховая эпидермофития.

1. **Составьте план обследования больного.**
* Микроскопическое исследование патологического материала
* Культуральное исследование.
1. **С чем можно дифференцировать данный дерматоз?**

С эритразмой, микотической экземой, кандидомикозом, герпетиформным дерматитом, псориазом складок, себорейным дерматитом, стрептококковой опрелостью.

1. **Назначьте лечение больному.**

Местная терапия:

1. Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан)
2. 3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%.
3. Анилиновые красители (1-2% бриллиантовый зеленый, метиленовый синий, эозин, фуксин).
4. **Рекомендации больному после проведенного курса терапии.**
* соблюдение мер личной гигиены
* дезинфекция нательного и постельного белья

**Ответ к задаче №3**

1. **Поставьте диагноз.**

Поверхностный кандидоз крупных складок. Кандидозный стоматит.

1. **Этиология и патогенез заболевания.**

Грибы рода Candida относится к условно патогенным микроорганизмам. Они широко распространены во внешней среде, вегетируют в почве лугов, садов, огородов, на коре фруктовых деревьев, на плодах, овощах, особенно, на свежих фруктах, на предметах домашнего обихода. В качестве сапрофитов они обитают на кожных покровах, слизистых человека; их выделяют из экскрементов (мочи, мокроты, кала) и ногтей. Дрожжеподобные грибы рода Candida - одноклеточные растительные микроорганизмы округлой или овальной формы, от 2 до 5 мкм, не имеют истинного мицелия, а образуют псевдомицелий, нити которого лишены общей оболочки и перегородок. Клетки С. albicans имеют шестислойную стенку, цитоплазму с розетками гликогена и большим количеством рибосом, а также содержат крупное ядро и митохондрии. Дрожжеподобные грибы отпочковывают бластопоры. Они длительно персистируют внутри эпидермальных клеток. Размножаются в клетках, окружены плотной микрокапсулой, защищающей от лекарств, поэтому лечение их часто не эффективно. В полости рта они локализуются в поверхностных клетках. Грибы рода Candida - аэробы. Для питания они хорошо усваивают сахар, с большим тропизмом к тканям, богатым гликогеном. Кандидоз очень выражен при сахарном диабете с большой склонностью к резистентности к лечению.. Патогенные клетки Candida прикрепляются к клеткам эпителия слизистых, внедряются в них, паразитируют в их цитоплазме и ядрах, разрушая клетку хозяина, стимулируют выработку в организме человека различных антител. При определенных экзогенных условиях (травмы, повышенная влажность), эндогенных причинах (иммунодефицитное состояние, детский и пожилой возраст, нарушение обмена веществ, сахарный диабет, эндокринные заболевания, гиповитаминозы, тяжелые инфекции, беременность, длительный прием кортикостероидов, антибиотиков) грибы Candida приобретают патогенные свойства. При этом бластоспоры грибов интенсивно начинают размножаться, формируя нитчатые формы (псевдомицелия). Паразитируя в цитоплазме и ядрах, разрушая клетки хозяина, они стимулируют выработку в организме человека различных антител. Кандидоз - чаще аутоинфекция, с множеством очагов и хроническим рецидивирующим течением.

1. **Составьте план обследования больного.**
* Микроскопическое исследование патологического материала
* Культуральное исследование.
1. **Методы общей и наружной терапии.**

Общее лечение:

1. Противогрибковые препараты (нистатин, леворин, дифлюкан, микогептин)

 Местное лечение:

Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан)

3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%.

Водные и спиртовые анилиновые красители.

1. **Выпишите рецепты.**

Rp.: Ung.Nystatini 15,0

 D.S.Смазывать очаги 3 раза в день

Rp.: Ac.borici

 Naphthalani aa 0,5

 Aethacridini lactatis 1,5

 Pastae Zinci 15,0

 M.D.S. Наносить на очаги 2 раза в день

Rp.: Ung.Clotrimasoli 1% 20,0

 D.S.Смазывать очаги поражения 3 раза в день

Rp.: Ung. «Mycospor» 25,0

 D.S.Смазывать кожу 2 раза в день

Rp.: Cremoris «Lamisil» 30,0

 D.S.Наносить на очаги поражения 2 раза в день тонким слоем, слегка втирая

Rp.: Ung. «Exoderil» 15,0

 D.S.Смазывать очаги 1 раз в день

Rp.: Ung. «Triderm» 30,0

 D.S.Смазывать участки поражения 2 раза в день

**Ответ к задаче №4**

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Поверхностный кандидоз крупных складок.

1. **Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?**
* Микроскопическое исследование патологического материала
* Культуральное исследование.
1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.**

С эритразмой, псориазом складок, себорейным дерматитом, стрептококковой опрелостью.

1. **Составьте план лечения больной.**

Диета с резким ограничением сладостей, богатая белками, витаминами В2, В6, С, РР.

Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан, крем залаин)

3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%.

Водные и спиртовые анилиновые красители.

 В случае стойкости процесса - внутрь Diflucan 50 мг в течение 1 недели ежедневно.

1. **Выпишите рецепты.**

Rp.: Ung.Nystatini 15,0

 D.S.Смазывать очаги 3 раза в день

Rp.: Ac.borici

 Naphthalani aa 0,5

 Aethacridini lactatis 1,5

 Pastae Zinci 15,0

 M.D.S. Наносить на очаги 2 раза в день

Rp.: Ung.Clotrimasoli 1% 20,0

 D.S.Смазывать очаги поражения 3 раза в день

Rp.: Ung. «Travocort» 30,0

 D.S.Смазывать кожу 2 раза в день

Rp.: Cremoris «Lamisil» 30,0

 D.S.Наносить на очаги поражения 2 раза в день тонким слоем, слегка втирая

Rp.: Ung. «Exoderil» 15,0

 D.S.Смазывать очаги 1 раз в день

Rp.: Ung. «Triderm» 30,0

 D.S.Смазывать участки поражения 2 раза в день

**Ответ к задаче №5**

1. **Поставьте предварительный** **диагноз.**

Кандидозный стоматит, кандидозная заеда.

1. **Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?**

 микроскопическое исследование налета с полости рта.

 проведение серологических реакций: РПГА (реакция пассивной гемагглютинации), ИФА (иммунный ферментный анализ), определение IgE против С. albicans;

 посев материала со слизистой полости рта.

1. **С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?**

Со стрептококковой, сифилитической, микотической заедами, эрозивной формой красного плоского лишая, афтозным стоматитом, вторичными сифилидами.

1. **Наметьте план лечения больного.**

 Местное лечение:

Полоскания содовые, с раствором шалфея, ромашки.

На язык, слизистую рта водный 5% тетраборат натрия (бура) в глицерине. Облепиховое масло на очаги поражения.

Водные и спиртовые анилиновые красители.

В случае стойкости процесса - внутрь Diflucan 50 мг в течение 1 недели ежедневно.

1. **Выпишите рецепты.**

Rp.: Ung.Nystatini 15,0

 D.S.Смазывать очаги 3 раза в день

Rp: Liquoris Castellani 50,0

D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день.

Rp: Fucorcini 25,0

D.S. Смазывать очаги 1 раз в день.

**Ответ к задаче №6**

1. **Поставьте предварительный** **диагноз.**

Микроспория волосистой части головы и гладкой кожи.

1. **Этиология и патогенез заболевания.**

Наиболее распространена зооантропозная микроспория, вызываемая *Microsporum canis.* Заражение происходит в основном при контакте с больным животным или через предметы, инфицированные их шерстью. Возникновению заболевания могут благоприятствовать различные факторы: возраст, химизм пота, состояние эндокринной и иммунной систем. У детей имеется недостаточная плотность и компактность кератина клеток эпидермиса и волос, что способствует внедрению и развитию гриба.

1. **Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?**
* Микроскопическое исследование на грибы пораженных волос
* Осмотр под люминесцентной лампой Вуда
* Культуральное исследование
* Клинический анализ крови
* Анализ мочи
* Биохимическое исследование функции печени
1. **Назначьте лечение.**

Общее лечение:

Противогрибковые антибиотики (гризеофульвин внутрь с чайной ложкой растительного масла 22 мг/кг/сут (детям) в 3 приема ежедневно до первого отрицательного анализа на грибы, затем через день в течение 2 нед. и 2 р/нед. в течение следующих 2 нед.). Тербинафин внутрь после еды 125мг/сут (детям с массой тела от 20 до 40 кг,) 4—12 недель, итраконазол внутрь после еды 5 мг на 1 кг массы тела 1 раз и сутки ежедневно в течение 4—6 недель, можно по метолу пульс-терапии, флуконазол внутрь после еды по 3—5 мг на 1 кг массы тела детям 1 раз в сутки ежедневно в течение 4—6 недель.

 Местное лечение:

**Антимикотические лекарственные средства (**клотримазол, крем или мазь, местно 2 р/сут; оксиконазол; 10% серно- 3% салициловая мазь местно вечером, **йод 2% спиртовая настойка местно утром**).

1. **Какие особенности эпидемиологического анамнеза необходимо выяснить у больного?**

Были ли контакты с другими детьми и животными?

1. **Перечень практических умений по изучаемой теме**:
2. собрать анамнез больного грибковым заболеванием кожи;
3. осмотреть кожу, волосы, ногти, видимые слизистые оболочки;
4. определить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи на коже и слизистой оболочке полости рта, характерные для разных грибковых заболеваний;
5. пользоваться люминесцентной лампой для диагностики микроспории;
6. произвести соскоб из очага поражения кожных (ногтевых) чешуек для микологического исследования;
7. обработать очаг поражения, нанести на пораженную кожу фунгицидный препарат в рациональной форме;
8. заполнить экстренное извещение на больного с заразным грибковым заболеванием кожи;
9. проводить дезинфекцию рук и инструментов при работе с больными грибковыми заболеваниями кожи.
10. **Рекомендации по выполнению НИРС.**

1. Грибковые заболевания кожи: возбудители, эпидемиология, классификация.

2. Разноцветный (отрубевидный ) лишай.

3. Эпидермофития.

4. Микоз стоп.

5. Онихомикоз.

5. Трихофития, микроспория, февус.

6. Кандидозы.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,вид издания | **Автор (- ы),****составитель (-и),****редактор (ы).** | Место издания, издательство, год.  | Кол-во экземпляров |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
|  1 |  **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **Основная литература** |
| 1 | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К.  | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris  |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**Занятие №4**

1. **Тема:** «Аллергодерматозы у детей (дерматиты, токсикодермии, экзема). Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика»
2. **Формы работы:**
* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.
1. **Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**-ОПК-8** (готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**

 **-знать:**

− определение понятия «дерматит»;

− принципиальные различия в патогенезе простых и аллергических дерматитов;

− клинические проявления простых и аллергических дерматитов;

− методы диагностики и лечения;

− возможные причины профессиональных дерматитов

- этиопатогенетические факторы развития токсикодермий.

− классификацию токсикодермий.

− клинические формы токсикодермий.

 **-уметь**:

− осмотреть больного, определить высыпные элементы;

− поставить предварительный диагноз;

− наметить план лабораторного обследования;

− провести накожную капельную и аппликационную аллергическую пробу;

− провести рациональную наружную терапию.

-**владеть:**

− диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данные заболевания.

1. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

1. У больных истинной экземой наблюдается

1) симметричное расположение очагов

2) асимметричное расположение очагов

3) появление буллезных элементов

4) наличие резких границ очагов поражения

5) появление бугорков

Правильный ответ: 1

2. Облигатными раздражителями являются

1) концентрированные растворы минеральных кислот и щелочей

2) полимеры

3) синтетические моющие средства

4) слабые растворы кислот

5) слабые растворы щелочей

Правильный ответ:1

3. При контактном аллергическом дерматите наименее поражаются

1) веки

2) шея

3) половые органы

4) руки

5) ладони

Правильный ответ:5

4. ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ СЫПИ ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ

1) пятно

2) пузырек

3) волдырь

4) пузырь

5) узелок

Правильный ответ:3

5. Токсикодермия характеризуется

1) бурной воспалительной реакцией кожи

2) отсутствием эритемы

3) хорошим общим состоянием

4) медленным регрессом после устранения контакта с аллергеном

5) хроническим течением

Правильный ответ: 1

6. для экземы у детей характерно

1) локализация в области лица

2) мозаичные рубцы

3) отсутствие мокнутия

4) симптом Бенье положительный

5) симптом Никольского

Правильный ответ: 1

7. патоморфологическое изменение характерное для экземы

1) папилломатоз

2) баллонирующая дистрофия

3) гиперкератоз

4) спонгиоз

5) акантолиз

Правильный ответ: 4

8. К физическим факторам, которые могут вызвать контактный дерматит, относятся

1) растения

2) воздействия низких и высоких температур

3) кислоты

4) щелочи

5) полимеры

Правильный ответ:2

9. Факультативные раздражители могут вызывать

1) эпидермиты

2) аллергические контактные дерматиты

3) экзему истинную

4) экзему микробную

5) эритродермию

Правильный ответ:1

10. ДЛЯ СЕБОРЕЙНОЙ ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНО

1) язвы

2) узлы

3) боль, жжение

4) симптом Поспелова

5) жирные желтые чешуйки

Правильный ответ:5

1. **Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача №1**

На прием к дерматологу обратился больной 22-х лет с жалобами на высыпания на коже рук и ног, туловища, сопровождающиеся умеренным зудом.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение недели, когда на коже туловища, рук и ног появились пятна ярко-красного цвета, сопровождающиеся зудом. Возникновение заболевания связывает с приемом антибиотиков по поводу хламидийной инфекции.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. Симметричный. На коже шеи, верхних и нижних конечностей, груди, живота, спины на фоне эритемы множественные мелкие папулы, везикулы, единичные волдыри и экскориации.

1. Поставьте диагноз.

2. Какие лабораторные методы исследования могут подтвердить причину возникновения заболевания?

3. Составьте план лечения больного.

4. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

5. Выпишите рецепты антигистаминного и гипосенсибилизирующего препаратов

**Задача №2**

На прием к дерматологу обратилась женщина 35 лет с жалобами на высыпания на коже рук и туловища, сопровождающиеся умеренным зудом.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 2-х лет. Отмечала появление высыпаний на руках при использовании стирального порошка. Высыпания исчезали после применения кортикостероидных мазей. При повторных контактах с порошком высыпания появлялись вновь и носили более стойкий характер. В течение последних 3-х месяцев сыпь на кистях полностью не исчезает, несмотря на исключение контактов со стиральным порошком.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс симметричный, локализуется на коже тыльных поверхностей кистей, на предплечьях и туловище. Представлен очагами с нечеткими границами. В очагах на фоне ярко выраженной эритемы и отека множественные микровезикулы с серозным содержимым, эрозии, серозно-геморрагические корки, экскориации, мелкокапельное мокнутие. На предплечьях и коже туловища эритематозно-сквамозного характера элементы сыпи, единичные везикулы, экскориации.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания
4. Составьте план обследования больной
5. Принципы лечения заболевания

**Задача № 3**

 На прием к дерматологу обратилась мать с ребенком четырех месяцев. У ребенка высыпания на коже щек, сопровождающиеся зудом.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Ребенок болен в течение двух недель. Начало заболевания мать связывает с дачей прикорма, после которого на следующий день появились высыпания на щеках.

Ребенок родился от первой беременности, в срок. Находится на естественном вскармливании. У матери отмечался токсикоз в первой половине беременности. Мать страдает бронхиальной астмой, медикаментозной аллергией.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожа щек эритематозна, слегка отечна. Границы эритемы не четкие, имеются множественные мелкие папулы, везикулы, эрозии, из которых на поверхность выступают небольшие капли серозного экссудата.

1. Поставьте диагноз.

2. Этиология и патогенез заболевания.

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

4. Какие исследования необходимо назначить ребенку?

5. Принципы лечения заболевания

**Задача №4**

 К дерматологу обратилась больная 25 лет с жалобами на высыпания на коже рук, сопровождающиеся умеренным зудом.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 3-4 дней, когда после стирки белья на коже рук появились высыпания, мокнутие. Беспокоил зуд.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер с локализацией в области тыла кистей. Симметричный. На фоне эритематозной, отечной кожи множественные милиарные папулы, везикулы, эрозии, серозные и гемморрагические корочки.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение данному заболеванию
3. Критерии эффективности лечения.
4. Показания для госпитализации
5. Наиболее частые ошибки в лечении

**Задача №5**

На прием к врачу обратилась больная 16 лет с жалобами на боль, жжение, отек кожи левой руки, зуд.

ИЗ АНАМНЕЗА. Заболела остро, 2 часа назад после купания в море. Во время купания почувствовала резкую болезненность и жжение в левом предплечье при соприкосновении с медузой. Через 10 минут появилось покраснение кожи левого предплечья, отечность, пузырьки.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на коже сгибательной поверхности левого предплечья, носит ограниченный характер, имеет четкие границы. На фоне яркой эритемы, отечности, имеются многочисленные мелкие папуло-везикулезные высыпания.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Перечислите пути проникновения и элиминации химических веществ из кожи.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
5. Наметьте план лечения больной.

**Ответ к задаче №1**

1. **Поставьте диагноз**

Распространенная аллергическая токсикодермия

1. **Перечислите диагностические критерии заболевания.**

- Анамнез болезни

- Клиническая картина

- Провокационные пробы

- Диагностические аллергические пробы in vitro с кровью больного

- Гистологическое исследование

1. **Патогенетическая классификация данного заболевания**

Токсикодермии аллергические, токсические и аллерго-токсические.

1. **Составьте план лечения больного**

- Устранение действия этиологического фактора

- Патогенетическая терапия (детоксикация организма, антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты)

- Симптоматическая терапия (наружные средства)

1. **Выпишите рецепты антигистаминного и гипосенсибилизирующего препаратов.**

Rp: Sol. Cаlcii glyconatis 10%-10,0

 D.t.d. № 10 in amp.

 S. По 10 мл. в/венно.

Rp: Sol. Suprastini 2%-1.0

 D.t.d. № 10 in amp.

 S. По 1 мл. в/м 2 раза в день.

**Ответ к задаче №2**

* 1. **Поставьте диагноз.**

Распространенная истинная экзема в стадии обострения.

* 1. **Этиология и патогенез заболевания**

Экзема развивается в результате комплексного воздействия экзогенных и эндогенных факторов. Как правило, экзема характеризуется ассоциацией с антигенами HLA-B22 и HLA-C1 поливалентной сенсибилизацией и аутосенсибилизацией, нарушением равновесия между деятельностью симпатического и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

* 1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания**

Дифференциальная диагностика с атопическим дерматитом, токсидермией, пиодермией, аллергическим контактным дерматитом.

* 1. **Составьте план обследования больной**

Аллергологическое исследование сыворотки крови, культуральное исследование, серологическая диагностика паразитарных заболеваний, бактериологическое исследование микрофлоры кожи.

* 1. **Принципы лечения заболевания**

Общая терапия:

1. Режим охранительный: исключение контактов с возможными аллергенами, ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур, сон — не менее 8 часов.
2. Диета: исключаются яйца, цитрусовые, мясо птицы, жирные сорта рыбы, мясные бульоны, цельное молоко, орехи, газированные напитки, красные вина, морепродукты, бобовые, грибы, томаты, шпинат, шоколад, какао, кофе, приправы, майонез, острые блюда.
3. Антигистаминные препараты (хлоропирамин в/м 20 мг (1 мл) 2 р/сут в течение 5-10 сут, мебгидролин внутрь 100 мг 2 р/сут в течение 10-20 сут, клемастин внутрь 1 мг 2 р/сут, лоратадин внутрь 10 мг 1 р/сут.,цетиризин).
4. Глюкокортикостероидные препараты системного действия (преднизолон внутрь 25—30 мг /сут в течение 14—25 сут с последующим снижением дозы на 5 мг каждые 5 сут до полной отмены).
5. Гипосенсибилизирующие средства (кальций глюконат 10% раствор по 10 мл в/м 1 р/сут в течение 10-15 сут, натрия тиосульфат 30%, магния сульфат 25% раствор по 5—10 мл в/м 1 р/сут в течение 10 суток.).
6. Дезинтоксикационные средства (натрия хлорид по 200—400 мл в/в капельно 2—3 раза в неделю, на курс 3-5 инфузий, натрия хлорид + калия хлорид + магния хлорид по 200—400 мл в/в капельно).
7. Диуретические средства (фуросемид 20—40 мг/сут в/в 3 р/нед., диакарб внутрь по 125-250 мг 1 р/сут утром).
8. Транквилизаторы ( оксазепам внутрь по 0,01 г 1 р/сут н/ночь, нитразепам внутрь по 0,005 г 1 р/сут н/ночь).
9. Вегетотропные средства (фенобарбитал + эрготамин + сумма алкалоидов красавки внутрь по 1 табл. 3 р/сут в течение 7—9 дней).

Местное лечение:

1. Топические глюкокортикостероидные препараты (окситетрациклин + гидрокортизон, бетаметазон дипропионат, гидрокортизона бутират, клобетазол, мометазона фуроат, флуоцинола ацетонид наружно 2 р/сут., триамцинолон, оксициклозоль, бетаметазона валерат, метилпреднизолона ацепонат наружно 1 р/сут.).
2. Препараты, оказывающие вяжущее действие (используют в виде примочек, взбалтываемых взвесей или ванночек 1% раствор резорцина, 1% раствор танина, 2% раствор борной кислоты, 0,01—0,1% раствор калия перманганата, суспензия оксида цинка 1-2 р/сут.; пасты или кремы, содержащие 2—3% ихтиол, березового дегтя, нафталанской нефти, 0,5—1% серы).
3. Комбинированные лекарственные препарататы, содержащие глюкокортикостероиды и антибиотики/антимикотики (гентамицин + бетаметазон + клотримазол, бетаметазон + гентамицин, неомицин + натамицин + гидрокортизон, окситетрациклин + гидрокортизон, флуметазон + клиохинол, флуоцинолона ацетонид + неомицин, бетаметазона валерат + фузидовая кислота, гидрокортизона ацетат + фузидовой кислоты полугидрат аппликации 2 р/сут в течение 7—14 сут.).
4. Анилиновые красители (бриллиантовый зеленый спиртовой раствор наружно 1-2 р/сут в течение 10-16 сут, фукорцин спиртовой раствор 1—2 р/сут, метиленовый синий 1—3% водный или спиртовой раствор 1—2 р/сут.).

Физиотерапевтическое лечение (широкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (селективная фототерапия, длина волны 280—320 нм), низкоинтенсивная лазерная терапия).

**Ответ к задаче №3**

1. **Поставьте диагноз.**

 Экзема у детей (истинная)

1. **Этиология и патогенез заболевания.**

Важную роль играет наследственная предрасположенность. Провоцирующие факторы могут проявляться рано – токсикоз первой половины беременности. Ребенок еще во внутриутробном периоде сенсебилизировался к аллергенам, циркулирующим в организме матери. Во внеутробном периоде аллергены передаются с грудным молоком и пищей. Возникают нарушения клеточного и гуморального звеньев иммунитета: снижается супрессорная и киллерная активность Т-систем иммунитета, в крови повышено содержание JgE, снижен JgА, выявляется дисфункция барьерного эпителия.

1. **С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?**

Дифференциальная диагностика с атопическим дерматитом, токсидермией, пиодермией, аллергическим контактным дерматитом, псориазом.

1. **Какие исследования необходимо назначить ребенку?**

Аллергологическое исследование сыворотки крови, серологическая диагностика паразитарных заболеваний.

1. **Принципы лечения заболевания**

Общая терапия:

1. Режим охранительный: исключение контактов с возможными аллергенами, ограничение водных процедур, сон – не менее 12 часов.
2. Диета: исключить из питания матери высокоаллергенные продукты, ребенку лечебно-профилактические или лечебные смеси, введение каждого нового продукта проводить под строгим наблюдени­ем педиатра
3. Антигистаминные препараты 1-го поколения (хлоропирамин внутрь детям от 1 месяца до 1 года 6,25 мг (1/4 таблетки) 2—3 р/сут, диметинден внутрь детям с 1 месяца до 1 года — 5—10 капель 2—3 р/сут, в течении 7-10 дней)
4. Гипосенсибилизирующие средства (пантотенат кальция детям до 3 лет — 50—100 мг 2 р/сут, 2—3 не­дели, глицерофосфат кальция детям до 3 лет - 50-200 мг 2-3 р/сут, 2—3 недели).
5. Дезинтоксикационные средства (натрия хлорид по 200—400 мл в/в капельно 2—3 раза в неделю, на курс 3-5 инфузий,).
6. Вегетотропные средства (глицин внутрь детям до 3 лет по 50 мг 2—3 р/сут в течение 7—14 дней, затем в следующие 7—10 дней по 50 мг 1 р/сут,).

 Местное лечение:

1. Топические глюкокортикостероидные препараты (гидрокортизона бутират, мометазона фуроат, наружно 2 р/сут.).
2. Препараты, оказывающие вяжущее действие (используют в виде примочек, взбалтываемых взвесей или ванночек 1% раствор резорцина, 0,01—0,1% раствор калия перманганата, суспензия оксида цинка 1-2 р/сут. в течение 4-7 дней; пасты или кремы, содержащие 2—3% ихтиол, березового дегтя, нафталанской нефти).
3. Комбинированные лекарственные препарататы, содержащие глюкокортикостероиды и антибиотики/антимикотики (гентамицин + бетаметазон + клотримазол, бетаметазон + гентамицин, неомицин + натамицин + гидрокортизон, флуоцинолона ацетонид + неомицин, аппликации 2 р/сут в течение 7—14 сут.).
4. Анилиновые красители (бриллиантовый зеленый спиртовой раствор наружно 1-2 р/сут в течение 10-16 сут, метиленовый синий 1—3% водный раствор 1—2 р/сут.).

**Ответ к задаче №4**

* 1. **Поставьте диагноз.**

Контактный аллергический дерматит химической этиологии.

* 1. **Дайте определение данному заболеванию**

Дерматит – ограниченное воспаление кожи, вызванное воздействием внешнего фактора.

Контактный аллергический дерматит – заболевание, которое возникает в результате повторного контакта с веществами сенсибилизаторами (аллергенами) вследствие аллергической реакции IV типа (ГЗТ).

* 1. **Критерии эффективности лечения.**

Уменьшение воспаления, снижение интенсивности зуда, регресс высыпаний.

* 1. **Показания для госпитализации**

Острый распространенный процесс и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний

* 1. **Наиболее частые ошибки в лечении**

Несвоевременная диагностика аллергического контактного дерматита с проведением кожных аппликационных проб приводит к длительному, упорному течению и хронизации процесса.

**Ответ к задаче №5**

1. **Поставьте предположительный диагноз.**

Простой контактный дерматит.

1. **Этиология и патогенез заболевания.**

Простой контактный дерматит возникает вскоре после кон­такта кожи с раздражающим фактором и непосредственно в мес­те воздействия. Возникновение простого дерматита возможно у каждого человека при условии длительно­го контакта с раздражителем, его интенсивности и индивидуаль­ной предрасположенности. При аллергическом контактном дерматите, возникающем толь­ко у сенсибилизированных людей, воспалительные поражения могут выходить за пределы участка кожи, где был нанесен раз­дражитель, и возникать через 10—15 дней и более после первого контакта с ним. В этом случае концентрация раздражающего ве­щества не имеет значения.

1. **Перечислите пути проникновения и элиминации химических веществ из кожи.**

Пути проникновения химических веществ в кожу: трансэпидермальный, трансгландулярный, трансфолликулярный.

Пути элиминации химических веществ: иммунная элиминация антигенов, гематогенный путь элиминации (низкомолекулярные вещества), лимфогенный путь элиминации (крупномолекулярные вещества), катаболическая элиминация антигенов в кератиноцитах и других клетках.

1. **С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?**

Острая экзема, токсикодермия, аллергический контактный дерматит.

**5.** **Наметьте план лечения больной.**

Общее лечение:

* антигистаминные препараты 1-го поколения(хлоропирамин в/м, мебгидролин внутрь);
* антигистаминные препараты 2-го поколения (лоратадин внутрь, акривастин внутрь);
* препараты кальция (кальция глюконат10% в/м, кальция пантотенатвнутрь);
* ГКС-препараты (преднизолон, бетаметазона натрия фосфат, бетаметазона дипропионат).

Местное лечение:

* резорцин р-р 1%, танинр-р 1%;
* топические ГКС-препараты слабой активности (преднизолон);
* топические ГКС-пре­параты высокой активности (бетаметазона валерат, бетаметазона дипропионат, гидрокортизона 17-бутират, метилпреднизолона ацепонат, мометазона фуроат).

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1.Собрать анамнез больного аллергическим дерматозом;

2.Осмотреть кожу, волосы, ногти, видимые слизистые оболочки;

3.Определить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;

4.Определить симптом Никольского, дермографизм;

5.Провести накожную капельную и аппликационную аллергическую пробу;

6.Провести рациональную общую и наружную терапию;

7.Оказать неотложную помощь при отеке Квинке.

**7.Рекомендации по выполнению НИРС.**

1. Дифференциальная диагностика дерматитов.

2. Алгоритм лечения больных дерматитами; принципы лечения в зависимости от активности процесса, общее лечение, наружное лечение.

 3. Дифференциальная диагностика дерматитов и токсикодермий.

 4. Алгоритм лечения больных токсикодермиями: принципы лечения в зависимости от активности процесса, общее лечение, наружное лечение.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,вид издания | **Автор (- ы),****составитель (-и),****редактор (ы).** | Место издания, издательство, год.  | Кол-во экземпляров |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
|  1 |  **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **Основная литература** |
| 1 | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К.  | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris  |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**Занятие №5.**

1. **Тема:** «Крапивница. Детская почесуха. Атопический дерматит. Клиника. Лечение. Диспансеризация. Профилактика»
2. **Формы работы:**
* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.
1. **Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**-ОПК-8** (готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**

- **знать:**

− этиологические и патогенетические факторы развития атопического дерматита.

− особенности клинических проявлений и течения атопического дерматита.

− провести дифференциальную диагностику атопического дерматита с другими дерматозами.

**- уметь:**

− собрать анамнестические данные у тематических больных и написать по курируемым больным локальный статус.

− составлять и обосновывать план лечения больных с атопическим дерматитом, крапивницей и детской почесухи,

**- владеть:**

− диагностическими тестами, позволяющие верифицировать данные заболевания.

− алгоритмами обследования и лечения больных.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1.ДЛЯ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ

1) антигистаминные препараты

2) антибиотики

3) противовирусные средства

4) противогрибковые средства

5) ламизил

Правильный ответ: 1

2. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОЧЕСУХИ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ

1) антигистаминные препараты

2) препараты кальция, тиосульфат натрия

3) седативные средства

4) ГКС

4) антигистаминные препараты, седативные средства

5) антигистаминные препараты, препараты кальция, тиосульфат натрия, седативные средства, ГКС

Правильный ответ: 5

3. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

1) интенсивный зуд

2) лихенификация

3) локализация на лице, шее и в складках кожи

4) рецидивирующее течение

5) наличие узлов

Правильный ответ: 5

4. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ

1) пиодермией

2) псориазом

3) склеродермией

4) пузырчаткой

5) розацеа

Правильный ответ: 1

5. ДЛЯ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ

1) антигистаминные препараты

2) адреномиметические средства

3) противовоспалительные

4) иммунокорректоры

5) антигистаминные препараты, адреномиметические средства, противовоспалительные, иммунокорректоры

Правильный ответ: 5

6. ЛИХЕНИФИКАЦИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

1. волосистой части головы
2. на животе
3. в межлопаточной области
4. на груди
5. в локтевых сгибах

Правильный ответ: 5

7. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСЯТСЯ

1. атопия в анамнезе, наследственная предрасположенность, зуд кожи, хроническое рецидивирующее течение, типичные морфологические элементы и типичная локализация
2. ксероз, локализация процесса на стопах и кистях
3. начало заболевания в детском возрасте, рецидивирующий коньюктивит, наличие трещин за ушами
4. повышенный уровень Ig E в сыворотке крови, ксероз, ладонный ихтиоз, хейлит, трещины за ушами
5. экзема сосков, ксероз, локализация процесса на стопах и кистях

Правильный ответ: 1

8. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

1. себорейный дерматит, микробная экзема, чесотка
2. крапивница
3. псориаз
4. пузырчатка
5. простой пузырьковый лишай, псориаз

Правильный ответ: 1

9. ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРИМЕНЯЮТ

1. ламизил
2. тетрациклин
3. адвантан
4. тербинафин
5. ацикловир

Правильный ответ: 3

10.СУЩЕСТВУЮТ РАЗНОВИДНОСТИ ПОЧЕСУХИ

1. детская
2. взрослых
3. сенильная
4. узловатая
5. детская, взрослых, сенильная, узловатая

Правильный ответ:5

**5.Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача №1**

 На прием к дерматологу обратился подросток 16 лет с жалобами на сухость кожи и сильный зуд по всему телу, бессонницу, раздражительность.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Заболевание связывает с перенесенной в детстве экземой. Обострения наступают в осенне-зимний период года. Летом, особенно после пребывания на море, чувствует себя хорошо. При расчесах кожи в местах поражения появляются пузырьки и мокнутие. Неоднократно лечился амбулаторно с хорошим, но временным эффектом. Страдает бронхиальной астмой, хроническим тонзиллитом. У матери диагностирован аллергический ринит.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. .Кожа сухая, имеются множественные экскориации и пластинчатые чешуйки. Очаги поражения располагаются преимущественно в подколенных и локтевых сгибах, на лице, шее. Сыпь представлена мелкими округлыми папулами розового цвета, местами элементы сливаются, образуя участки сплошной инфильтрации и лихенификации. Ногтевые пластинки на кистях отполированы. Дермографизм стойкий, белый, разлитой.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания
4. Какие исследования необходимо назначить больному?
5. Составьте план лечения больного.

**Задача №2**

 На прием к дерматологу обратилась мать с грудным ребенком. Жалобы на наличие высыпаний, сопровождающихся интенсивным зудом. Ребенок капризен, плаксив, плохо спит, раздражителен.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Ребенок родился от первой беременности, доношенный, вес 4,200. Еще в роддоме мама отметила легкую шероховатость и розовую окраску кожи щек. После введения прикорма молочными смесями и коровьим молоком из детской кухни появились высыпания на коже лица, волосистой части головы, конечностях, ягодицах. Ребенок стал капризен, беспокоен. При обследовании выявлена дискинезия желчевыводящих путей.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожные покровы ребенка имеют сероватый оттенок, сухие на ощупь. Процесс носит распространенный характер. Очаги поражения располагаются симметрично на коже волосистой части головы, лица, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, ягодиц. Высыпания представлены множественными диссеминированными эритематозно-сквамозными, папуло-везикулезными и уртикарно-розеолёзными элементами, экскориациями. На поверхности многих папуло-везикул точечные эрозии, серозные корочки. Дермографизм стойкий, белый, разлитой. Отмечается уменьшение активности брюшного рефлекса.

1. Поставьте диагноз

2. Этиология и патогенез заболевания

3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания

4. Какие исследования необходимо назначить ребенку?

5. Составьте план лечения ребенка.

**Задача №3**

 В гастроэнтерологическое отделение поступила девочка 13-ти лет с жалобами на тошноту, боли в правом подреберье, запоры, постоянный зуд кожи и высыпания.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Со слов матери в трехмесячном возрасте при введении прикорма на щеках появились красные пятна, узелки, пузырьки, мокнутие, сопровождающиеся зудом. В пятилетнем возрасте девочка перенесла ассоциированный дисбактериоз кишечника, гепатит. Настоящее обострение связывает со сменой места жительства.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожный процесс носит диссеминированный характер с локализацией высыпаний в области естественных складок, преимущественно локтевых и подколенных. Высыпания в виде эритемо-сквамозных пятен, экскориаций, биопсированных узелков. В локтевых сгибах выражена лихенификация, обилие экскориаций. В очагах поражения дермографизм стойкий, белый, разлитой.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания
3. Составьте план лечения больной.
4. Критерии эффективности лечения
5. Назовите наиболее частые ошибки в лечении

**Задача №4**

На прием к врачу обратилась мать с ребенком возрастом 7 месяцев. Жалобы: на наличие высыпаний сопровождающихся интенсивным зудом. Ребенок капризен, плаксив, плохо спит, раздражителен.

АНАМНЕЗ: Родился от первой беременности, доношенный, вес 4,200. Еще в роддоме мама отметила легкую шероховатость и розовую окраску кожи щек. После введения прикорма молочными смесями и коровьим молоком из детской кухни появились высыпания на коже лица, волосистой части головы, конечностях, ягодицах. Ребенок стал капризен, беспокоен. При обследовании выявлена дискенезия желчевыводящих путей.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: Кожные покровы ребенка имеют сероватый оттенок, сухие на ощупь. Дермографизм белый. Отмечается уменьшение активности брюшного рефлекса. Процесс носит распространенный характер. Располагается симметрично на коже волосистой части головы, лица, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, ягодиц. Представлен множественными диссеминированными эритематозно -сквамозными, папуловезикулезными и уртикарно - розеолёзными высыпаниями. На поверхности многих папуловезикул точечные эрозии серозные корочки. Множественные экскориации, гемморрагические корочки.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
3. Наметьте план лечебных и профилактических мероприятий.
4. Рекомендации больному после клинического выздоровления.
5. Лечение, иммунокоррекция.

**Задача №5**

На прием к дерматологу в КККВД обратился подросток 17 лет с жалобами на сухость кожи и сильный зуд по всему телу, бессонницу, раздражительность.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Заболевание связывает с перенесенной в детстве экземой. Обострения наступают в осенне-зимний период года. Летом, особенно после пребывания на море, чувствует себя хорошо. При расчесах кожи в местах поражения появляются пузырьки и мокнутие. Неоднократно лечился амбулаторно с хорошим, но временным эффектом. Страдает бронхиальной астмой, хроническим тонзиллитом. У матери диагностирован аллергический ринит.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. Кожа сухая, имеются множественные экскориации и пластинчатые чешуйки. Очаги поражения располагаются преимущественно в подколенных и локтевых сгибах, на лице, шее. Сыпь представлена мелкими округлыми папулами розового цвета, местами элементы сливаются, образуя участки сплошной инфильтрации и лихенификации. Ногтевые пластинки на кистях отполированы. Дермографизм стойкий, белый, разлитой.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания
4. Какие исследования необходимо назначить больному?
5. Составьте план лечения больного.

**Ответ к задаче №1**

* 1. **Поставьте диагноз.**

Атопический дерматит, третий возрастной период, лихеноидная форма.

* 1. **Этиология и патогенез заболевания**

Существенным фактором в развитии АД является наследственная предрасположенность по атопическим заболеваниям. Экзогенные факторы развития атопического дерматита могут быть аллергенными и неаллергенными. Иммунопатогенез атопического дерматита определяется осо­бенностями генетически запрограммированного иммунного от­вета на антиген под воздействием различных провоцирующих факторов (дисбаланс Тh1- и Тh 2-лимфоцитов с преобладанием последних, дегрануляция тучных клеток, повышенная активность клеток Лангерганса, которые приводят к гиперпродукции Ig E и/или Ig G-4 — антител).

* 1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания**

Дифференциальная диагностика с себорейным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, чесоткой, псориазом обыкновенным, ограниченным нейродермитом, микробной экземой, розовым лишаем Жибера.

* 1. **Какие исследования необходимо назначить больному?**
* Общий анализ крови,
* Определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом.
* Аллергологическое исследование сыворотки крови — определение специфических IgE/IgG4
* Кожные пробы —проводятся вне обострения кожного процесса.
* Серологическая диагностика паразитарных заболеваний
* Консультации специалистов: гастроэнтеролога, невропатолога, оториноларинголога, аллерголога.
	1. **Составьте план лечения больного**.

Общее лечение:

1. Диета гипоаллергенная: исключить из питания облигатные пищевые аллергены, экстрактивные вещества, острораздражающие блюда, алкоголь, ограничить поваренную соль, углеводы.
2. Антигистаминные препараты 2-го поколения (лоратадин внутрь 10 мг 1 р/сут в течение 2 недель).
3. Стабилизаторы мембран тучных клеток (кетотифена гидрофуморат внутрь по 1 мг 2 р/сут в течение 2— 3 месяцев).
4. Адсорбенты (диоктаэдрический смектит внутрь — по 3 пакетика в день (9 г) в 3 приема, энтеросгель внутрь — 20 мл 3 р/сут,)
5. Гипосенсибилизирущие средства (хлористый кальций — 1—10% раствор внутрь — 5—15 мл 2—3 р/сут, глюконат кальция 10% раствор — 1 мл на 1 год жизни, не более 10 мл, в/м № 10-12 ежедневно).
6. Дезинтоксикационные средства (калия хлорид + натрия хлорид + магния хлорид (реамберин) по 200-400 мл в/в капельно 2-3 р/нед, изотонический (0,9%) раствор хлорида натрия по 200—400 мл в/в капельно 2—3 р/нед.).
7. Седативные и вегетотропные препараты (ново-пассит внутрь по 2,5—5 мл 3 р/сут во время еды в течение 1 месяца, глицин внутрь по 100 мг 2—3 р/сут в течение 14—30 дней).
8. Транквилизаторы (гидроксизин внутрь — 25 мг 2—4 р/сут. в течение 3 недель).
9. Глюкокортикостероиды для системного применения (дексаметазона фосфат — 4—6 мг/ суг в течение 5—7 дней с постепенным снижением дозы вплоть до отмены).
10. Иммунодепрессанты (циклоспорин в начальной дозе 2,5—5 мг/кг в сутки до дости­жения клинического эффекта с последующим снижением дозы по 0,5—1,0 мг/кг в неделю до полной отмены).

 Местное лечение:

1. Глюкокортикостероидные топические средства (мометазона фуроат, гидрокортизона 17-бутират, бетаметазона дипропионат, бетаметазона валерат в форме эмульсии, аэрозоля, крема, мази применяют на ограниченные участки кожи 1—2 раза в день в течение 5—14 дней с постепенной отменой).
2. Топический ингибитор кальциневрина (пимекролимус)
3. Антисептические наружные препараты (фукорцин спиртовой раствор, метиленовый синий 1-3% водный раствор).
4. Пасты, кремы, мази, содержащие нафталанскую нефть 2—5%.
5. Пиритион цинк активированный (0,2% аэрозоль, крем) наруж­но на очаги поражения 2раза в день в течение 14—21 дня.
6. Физиотерапевтические методы лечения: широкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (селективная фототерапия, длина волны 280—320 нм), узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм, дальняя длинноволновая ультрафиолетовая терапия (УФА—1 терапия, длина волны 340—400 нм), низкоинтенсивная лазерная терапия.

**Ответ к задаче №2**

1. **Поставьте диагноз.**

Атопический дерматит, первый возрастной период, эритематозно-сквамозная форма.

1. **Этиология и патогенез заболевания**

Ведущая роль в развитии атопического дерматита у детей принадлежит генетическим факторам, которые в сочетании с воздействием различных экзогенных факторов приводят к клинической манифестации заболевания. Экзогенные факторы развития атопического дерматита: введение прикорма молочные смеси и коровье молоко. Иммунопатогенез атопического дерматита определяется особенностями генетически запрограммированного иммунного ответа на антиген под воздействием различных провоцирующих факторов (дисбаланс Тh1- и Тh 2-лимфоцитов с преобладанием последних, дегрануляция тучных клеток, повышенная активность клеток Лангерганса, которые приводят к гиперпродукции Ig E и/или Ig G-4 — антител).

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания**

Дифференциальная диагностика с себорейным дерматитом, пеленочным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, чесоткой, строфулюсом, ихтиозом, псориазом, микробной экземой, розовым лишаем Жибера.

1. **Какие исследования необходимо назначить ребенку?**
* Общий анализ крови,
* Определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом.
* Аллергологическое исследование сыворотки крови — определение специфических IgE/IgG.
* Кожные пробы —проводятся вне обострения кожного процесса.
* Серологическая диагностика паразитарных заболеваний
* Консультации специалистов: гастроэнтеролога, невропатолога, оториноларинголога, аллерголога.
1. **Составьте план лечения ребенка.**

Общее лечение:

1. Диета: исключить из питания матери высокоаллергенные продукты, ребенку лечебно-профилактические или лечебные смеси, введение каждого нового продукта проводить под строгим наблюдени­ем педиатра.
2. Антигистаминные препараты 1-го поколения (хлоропирамин внутрь детям от 1 месяца до 1 года 6,25 мг (1/4 таблетки) 2—3 р/сут, диметинден внутрь детям с 1 месяца до 1 года — 5—10 капель 2—3 р/сут, в течении 7-10 дней)
3. Стабилизаторы мембран тучных клеток (кетотифена гидрофуморат внутрь по 1 мг 2 р/сут в течение 2— 3 месяцев).
4. Адсорбенты (энтеросгель внутрь — 5 мл 1 р/сут 7-10 дней)
5. Гипосенсибилизирущие средства (пантотенат кальция детям — 50-100 мг 2 р/сут, глицерофосфат кальция—50- 200 мг 2—3 р/сут. 2—3 недели).
6. Дезинтоксикационные средства (изотонический (0,9%) раствор хлорида натрия по 200—400 мл в/в капельно 2—3 р/нед.).
7. Седативные и вегетотропные препараты (настойка пиона уклоняющегося внутрь по 1-2 капли 1—2 р/сут в течение 1 недели, глицин внутрь по 50 мг 2—3 р/сут в течение 7-14 дней).

Местное лечение:

1. Глюкокортикостероидные топические средства (мометазона фуроат, гидрокортизона 17-бутират, метилпреднизолона ацепонат,алклометазона дипропионат, в форме эмульсии, аэрозоля, крема, мази применяют на ограниченные участки кожи 1—2 раза в день в течение 5—14 дней с постепенной отменой).
2. Топический ингибитор кальциневрина (пимекролимус)
3. Антисептические наружные препараты (фукорцин спиртовой раствор, метиленовый синий 1-3% водный раствор).
4. Пасты, кремы, мази, содержащие нафталанскую нефть 2—5%.
5. Пиритионцинк активированный (0,2% аэрозоль, крем) наружно на очаги поражения 2раза в день в течение 14—21 дня.

**Ответ к задаче №3**

* 1. **Поставьте диагноз.**

Атопический дерматит, второй возрастной период, эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией.

* 1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания**

Дифференциальная диагностика с себорейным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, чесоткой, псориазом обыкновенным, ограниченным нейродермитом, микробной экземой, розовым лишаем Жибера.

* 1. **Составьте план лечения больной**

Общее лечение:

1. Диета гипоаллергенная: исключить из питания облигатные пищевые аллергены, экстрактивные вещест­ва, острораздражающие блюда, ограничить поваренную соль, углеводы.
2. Антигистаминные препараты 2-го поколения (лоратадин внутрь 10 мг 1 р/сут в течение 2 недель).
3. Стабилизаторы мембран тучных клеток (кетотифена гидрофуморат внутрь по 1 мг 2 р/сут в течение 2— 3 месяцев).
4. Адсорбенты (диоктаэдрический смектит внутрь — по 3 пакетика в день (9 г) в 3 приема, энтеросгель внутрь — 20 мл 3 р/сут,)
5. Гипосенсибилизирущие средства (хлористый кальций — 1—10% раствор внутрь — 5—15 мл 2—3 р/сут, глюконат кальция 10% раствор — 1 мл на 1 год жизни, не более 10 мл, в/м № 10-12 ежедневно).
6. Дезинтоксикационные средства (калия хлорид + натрия хлорид + магния хлорид (реамберин) по 200-400 мл в/в капельно 2-3 р/нед, изотонический (0,9%) раствор хлорида натрия по 200—400 мл в/в капельно 2—3 р/нед.).
7. Седативные и вегетотропные препараты (ново-пассит внутрь по 2,5—5 мл 3 р/сут во время еды в течение 1 месяца, глицин внутрь по 100 мг 2—3 р/сут в течение 14—30 дней).
8. Транквилизаторы (гидроксизин внутрь — 25 мг 2—4 р/сут. в течение 3 недель).

Местное лечение:

1. Глюкокортикостероидные топические средства (мометазона фуроат, гидрокортизона 17-бутират, бетаметазона дипропионат, бетаметазона валерат в форме эмуль­сии, аэрозоля, крема, мази применяют на ограниченные участки кожи 1—2 раза в день в течение 5—14 дней с постепенной отменой).
2. Топический ингибитор кальциневрина (пимекролимус)
3. Антисептические наружные препараты (фукорцин спиртовой раствор, метиленовый синий 1-3% водный раствор).
4. Пасты, кремы, мази, содержащие нафталанскую нефть 2—5%.
5. Пиритион цинк активированный (0,2% аэрозоль, крем) наруж­но на очаги поражения 2раза в день в течение 14—21 дня.
6. Физиотерапевтические методы лечения: широкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (селективная фототерапия, длина волны 280—320 нм), узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм, дальняя длинноволновая ультрафиолетовая терапия (УФА—1 те­рапия, длина волны 340—400 нм), низкоинтенсивная лазерная терапия.
	1. **Критерии эффективности лечения**

Прекращение прогрессирования заболевания, уменьшение выраженности и разрешение воспаления. Поддержание состояния клинической ремиссии, уменьшение частоты развития рецидивов.

* 1. **Назовите наиболее частые ошибки в лечении**

Необоснованное назначение гипоаллергенной диеты. Применение в лечении распространенного процесса только наружных средств.

**Ответ к задаче №4**

1. **Поставьте диагноз.**

Атопический дерматит, первый возрастной период, эритематозно-сквамозная форма.

1. **Этиология и патогенез заболевания**

Ведущая роль в развитии атопического дерматита у детей принадлежит генетическим факторам, которые в сочетании с воздействием различных экзогенных факторов приводят к клинической манифестации заболевания. Экзогенные факторы развития атопического дерматита: введение прикорма молочные смеси и коровье молоко. Иммунопатогенез атопического дерматита определяется особенностями генетически запрограммированного иммунного ответа на антиген под воздействием различных провоцирующих факторов (дисбаланс Тh1- и Тh 2-лимфоцитов с преобладанием последних, дегрануляция тучных клеток, повышенная активность клеток Лангерганса, которые приводят к гиперпродукции Ig E и/или Ig G-4 — антител).

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания**

Дифференциальная диагностика с себорейным дерматитом, пеленочным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, чесоткой, строфулюсом, ихтиозом, псориазом, микробной экземой, розовым лишаем Жибера.

1. **Какие исследования необходимо назначить ребенку?**
* Общий анализ крови,
* Определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом.
* Аллергологическое исследование сыворотки крови — определение специфических IgE/IgG.
* Кожные пробы —проводятся вне обострения кожного процесса.
* Серологическая диагностика паразитарных заболеваний
* Консультации специалистов: гастроэнтеролога, невропатолога, оториноларинголога, аллерголога.
1. **Составьте план лечения ребенка.**

Общее лечение:

1. Диета: исключить из питания матери высокоаллергенные продукты, ребенку лечебно-профилактические или лечебные смеси, введение каждого нового продукта проводить под строгим наблюдени­ем педиатра.
2. Антигистаминные препараты 1-го поколения (хлоропирамин внутрь детям от 1 месяца до 1 года 6,25 мг (1/4 таблетки) 2—3 р/сут, диметинден внутрь детям с 1 месяца до 1 года — 5—10 капель 2—3 р/сут, в течении 7-10 дней)
3. Стабилизаторы мембран тучных клеток (кетотифена гидрофуморат внутрь по 1 мг 2 р/сут в течение 2— 3 месяцев).
4. Адсорбенты (энтеросгель внутрь — 5 мл 1 р/сут 7-10 дней)
5. Гипосенсибилизирущие средства (пантотенат кальция детям — 50-100 мг 2 р/сут, глицерофосфат кальция—50- 200 мг 2—3 р/сут. 2—3 недели).
6. Дезинтоксикационные средства (изотонический (0,9%) раствор хлорида натрия по 200—400 мл в/в капельно 2—3 р/нед.).
7. Седативные и вегетотропные препараты (настойка пиона уклоняющегося внутрь по 1-2 капли 1—2 р/сут в течение 1 недели, глицин внутрь по 50 мг 2—3 р/сут в течение 7-14 дней).

Местное лечение:

1. Глюкокортикостероидные топические средства (мометазона фуроат, гидрокортизона 17-бутират, метилпреднизолона ацепонат,алклометазона дипропионат, в форме эмульсии, аэрозоля, крема, мази применяют на ограниченные участки кожи 1—2 раза в день в течение 5—14 дней с постепенной отменой).
2. Топический ингибитор кальциневрина (пимекролимус)
3. Антисептические наружные препараты (фукорцин спиртовой раствор, метиленовый синий 1-3% водный раствор).
4. Пасты, кремы, мази, содержащие нафталанскую нефть 2—5%.
5. Пиритионцинк активированный (0,2% аэрозоль, крем) наружно на очаги поражения 2раза в день в течение 14—21 дня.

**Ответ к задаче №5**

1. **Поставьте диагноз.**

Атопический дерматит, третий возрастной период, лихеноидная форма.

1. **Этиология и патогенез заболевания**

Существенным фактором в развитии АД является наследственная предрасположенность по атопическим заболеваниям. Экзогенные факторы развития атопического дерматита могут быть аллергенными и неаллергенными. Иммунопатогенез атопического дерматита определяется осо­бенностями генетически запрограммированного иммунного от­вета на антиген под воздействием различных провоцирующих факторов (дисбаланс Тh1- и Тh 2-лимфоцитов с преобладанием последних, дегрануляция тучных клеток, повышенная активность клеток Лангерганса, которые приводят к гиперпродукции Ig E и/или Ig G-4 — антител).

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания**

Дифференциальная диагностика с себорейным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, чесоткой, псориазом обыкновенным, ограниченным нейродермитом, микробной экземой, розовым лишаем Жибера.

1. **Какие исследования необходимо назначить больному?**
* Общий анализ крови,
* Определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом.
* Аллергологическое исследование сыворотки крови — определение специфических IgE/IgG4
* Кожные пробы —проводятся вне обострения кожного процесса.
* Серологическая диагностика паразитарных заболеваний
* Консультации специалистов: гастроэнтеролога, невропатолога, оториноларинголога, аллерголога.
1. **Составьте план лечения больного**.

Общее лечение:

1. Диета гипоаллергенная: исключить из питания облигатные пищевые аллергены, экстрактивные вещества, острораздражающие блюда, алкоголь, ограничить поваренную соль, углеводы.
2. Антигистаминные препараты 2-го поколения (лоратадин внутрь 10 мг 1 р/сут в течение 2 недель).
3. Стабилизаторы мембран тучных клеток (кетотифена гидрофуморат внутрь по 1 мг 2 р/сут в течение 2— 3 месяцев).
4. Адсорбенты (диоктаэдрический смектит внутрь — по 3 пакетика в день (9 г) в 3 приема, энтеросгель внутрь — 20 мл 3 р/сут,)
5. Гипосенсибилизирущие средства (хлористый кальций — 1—10% раствор внутрь — 5—15 мл 2—3 р/сут, глюконат кальция 10% раствор — 1 мл на 1 год жизни, не более 10 мл, в/м № 10-12 ежедневно).
6. Дезинтоксикационные средства (калия хлорид + натрия хлорид + магния хлорид (реамберин) по 200-400 мл в/в капельно 2-3 р/нед, изотонический (0,9%) раствор хлорида натрия по 200—400 мл в/в капельно 2—3 р/нед.).
7. Седативные и вегетотропные препараты (ново-пассит внутрь по 2,5—5 мл 3 р/сут во время еды в течение 1 месяца, глицин внутрь по 100 мг 2—3 р/сут в течение 14—30 дней).
8. Транквилизаторы (гидроксизин внутрь — 25 мг 2—4 р/сут. в течение 3 недель).
9. Глюкокортикостероиды для системного применения (дексаметазона фосфат — 4—6 мг/ суг в течение 5—7 дней с постепенным снижением дозы вплоть до отмены).
10. Иммунодепрессанты (циклоспорин в начальной дозе 2,5—5 мг/кг в сутки до дости­жения клинического эффекта с последующим снижением дозы по 0,5—1,0 мг/кг в неделю до полной отмены).

 Местное лечение:

1. Глюкокортикостероидные топические средства (мометазона фуроат, гидрокортизона 17-бутират, бетаметазона дипропионат, бетаметазона валерат в форме эмульсии, аэрозоля, крема, мази применяют на ограниченные участки кожи 1—2 раза в день в течение 5—14 дней с постепенной отменой).
2. Топический ингибитор кальциневрина (пимекролимус)
3. Антисептические наружные препараты (фукорцин спиртовой раствор, метиленовый синий 1-3% водный раствор).
4. Пасты, кремы, мази, содержащие нафталанскую нефть 2—5%.
5. Пиритион цинк активированный (0,2% аэрозоль, крем) наруж­но на очаги поражения 2раза в день в течение 14—21 дня.
6. Физиотерапевтические методы лечения: широкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (селективная фототерапия, длина волны 280—320 нм), узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм, дальняя длинноволновая ультрафиолетовая терапия (УФА—1 терапия, длина волны 340—400 нм), низкоинтенсивная лазерная терапия.
7. **Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Собрать анамнез у ребенка с атопическим дерматитом.

2. Составить индивидуальный план диагностического поиска.

3. Обосновать план лечения больного крапивницей ребенка, уметь выписать рецепты.

**7.Рекомендации по выполнению НИРС.**

1. Современные методы лечения атопического дерматита**.**

2.Принципы местной терапии атопического дерматита. Основные лекарственные формы для наружного применения.

3.Современные методы аллергодиагностики в дерматологии.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,вид издания | Автор (- ы),составитель (-и),редактор (ы). | Место издания, издательство, год.  | Кол-во экземпляров |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
|  1 |  2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Основная литература** |
| 1 |  Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К.  | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris  |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**Занятие №6**

**1.Тема:** «Псориаз. Красный плоский лишай. Особенности клинического течения у детей. Значение трудовой экспертизы, трудоустройства и диспансеризации больных псориазом. Дифференциальная диагностика. Методы общей и наружной терапии».

**2.Формы работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**-ОПК-8** (готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**

- **знать:**

− этиологические и патогенетические факторы развития псориаза.

− классификацию красного плоского лишая.

− особенности клинических проявлений и течения псориаза и красного плоского лишая.

**- уметь**

− воспроизвести симптом псориатической триады,

− составить алгоритм обследования и лечения больных.

**- владеть:**

− диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данные заболевания.

1. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1.Псориатическая эритродермия может развиться после применения

1) дегтярных препаратов высокой концентрации наружно

2) циклоспорина

3) тигазона

4) ПУВА-терапии

5) кортикостероидов

Правильный ответ:1

2. КРАТКОВРЕМЕННОЕ НАЗНАЧЕНИЕ НЕБОЛЬШИХ ДОЗ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ПСОРИАЗЕ ПОКАЗАНО

1) всем больным

2) при быстром прогрессировании заболевания

3) при застарелом псориазе

4) при псориазе складок

5) при ладонно-подошвенном псориазе

Правильный ответ:2

3. Принципы общей терапии псориаза

1) противовирусные средства

2) фунгицидные средства

3) антибиотики

4) сульфаниламиды

5) гипосенсибилизирующая и противовоспалительная терапия

Правильный ответ: 5

4. В СТАЦИОНАРНУЮ СТАДИЮ ПСОРИАЗА НАЗНАЧАЮТСЯ МАЗИ

1)кератолитические

2) антисептические

3) фунгицидные

4) противогрибковые

5) противовирусные

Правильный ответ:1

5. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТСЯ

1) атипичная

2) эрозивно – язвенная

3) буллезная

4) эрозивно – язвенная, буллезная

5) атипичная, эрозивно – язвенная, буллезная

Правильный ответ:5

6. В РАЗВИТИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

1) дентальная патология

2) прием седативных препаратов

3) кандидозный стоматит

4) патология слюнных желез

5) заболевания желудочно-кишечного тракта

Правильный ответ:2

7. КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

1) сифилитическими папулами

2) розовым лишаем Жибера

3) лейшманиозом

4) строфулюсом

5) склеродермией

Правильный ответ:1

8. ПОЯВЛЕНИЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА НЕ ЗАВИСИТ ОТ

1) генетической предрасположенности

2) наличия хронических заболеваний

3) эндокринной патологии

4) дентальной патологии

5) сосудистой патологии

Правильный ответ:1

9. СИНДРОМ ГРИНШПАНА – ЭТО

1) сочетание эрозивно – язвенной формы красного плоского лишая с сахарным диабетом и гипертонией

2) сочетание эрозивно – язвенной формы красного плоского лишая с атрофической формой

3) сочетание типичной формы КПЛ с сахарным диабетом

4) сочетание буллезной формы КПЛ с патологией печени

5) осложненная форма красного плоского лишая

Правильный ответ:1

10. ДЛЯ ПСОРИАЗА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

1. симптома «проваливания зонда»
2. воротничка Биетта
3. сетки Уикхема
4. симптома «терминальной пленки»
5. симптома Никольского

Правильный ответ:4

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача №1**

 На прием к дерматологу обратилась больная 40 лет с жалобами на высыпания на коже туловища и руках, сопровождающиеся интенсивным зудом.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной около 2-х недель, когда внезапно появился зуд и красные пятна на руках. Связывает свое заболевание с нервным перенапряжением. Самостоятельно не лечилась. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический гастрит, хронический гайморит.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже туловища, сгибательной поверхности плеч, предплечий располагаются розово-красного цвета с ливидным оттенком папулы полигональных очертаний с восковидным блеском. В центре некоторых из них имеется пупковидное вдавление. При смазывании отдельных папул вазелиновым маслом отмечается их поперечная исчерченность. На коже предплечий линейные и точечные экскориации.

1. Поставьте диагноз

2. Этиология и патогенез заболевания

3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания

4. Какие исследования необходимо назначить больной?

5.Составьте план лечения больной.

**Задача №2**

 На прием к дерматологу обратилась больная 32-х лет с жалобами на высыпания в виде «бородавок» и периодический нестерпимый зуд.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной около года. У дерматолога не наблюдалась. Заболевание началось после психотравмы.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожный процесс располагается на туловище и нижних конечностях. Высыпания представлены бляшками. Цвет бляшек ливидный с фиолетовым оттенком, поверхность неровная, бугристая, испещрена бородавчатыми выступами с множеством углублений. По периферии основных очагов мелкие фиолетово – красные узелки с пупковидным вдавлением в центре. Слизистая полости рта без высыпаний.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с болезнью Дарье
3. Показания для госпитализации
4. Наиболее частые ошибки в лечении.
5. Профилактика заболевания.

**Задача №3**

 На прием к дерматологу обратился больной 20 лет, с жалобами на высыпания на коже предплечий, бедер, нестерпимый зуд кожи.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным около 1,5 недель. Внезапно появились высыпания красного цвета на коже предплечий и бедер, сопровождающиеся интенсивным зудом. Свое заболевание связывает с нервным перенапряжением во время сессии. Чтобы уменьшить зуд принимал супрастин.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже сгибательной поверхности предплечий и внутренней поверхности бедер имеются полигональные папулы с блестящей поверхностью, синюшно-красного цвета с центральным западением. Отдельные папулы сливаются с образованием небольших бляшек, на фоне которых заметны переплетающиеся полоски. На слизистой полости рта по линии смыкания зубов белесоватые папулезные элементы.

1. Поставьте диагноз

2. Этиология и патогенез заболевания

3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания

4. Какие исследования необходимо назначить больному?

5.Составьте план лечения больного.

**Задача №4**

 На прием к дерматологу обратилась больная 56 лет с жалобами на сильный зуд, высыпания на туловище, конечностях и в полости рта.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной около 2-х месяцев, когда появились высыпания на коже туловища, конечностей, в полости рта, сопровождающиеся зудом. Свое заболевание связывает с нервным перенапряжением на работе. Отмечает, что около полугода беспокоят сухость во рту, жажда, немотивированное увеличение массы тела. Сопутствующие заболевания - хронический панкреатит, гипертоническая болезнь.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже живота, сгибательной поверхности плеч, предплечий, кистей, располагаются розово-красного цвета с ливидным оттенком папулы полигональных очертаний с восковидным блеском. В центре некоторых из них имеется пупковидное вдавление. При смазывании отдельных папул вазелиновым маслом отмечается их поперечная исчерченность. На слизистой полости рта имеются единичные эрозии неправильных очертаний. Вокруг эрозий располагаются серовато-белого цвета милиарные папулы. Ногти на кистях имеют выраженную продольную исчерченность и очаговое помутнение. Лимфоузлы не увеличены.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение данному синдрому.
3. Консультации каких специалистов необходимы больной?
4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания
5. Профилактика заболевания.

**Задача №5**

 На прием к дерматологу обратился мужчина 39 лет с жалобами на высыпания по всему кожному покрову.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Впервые высыпания появились три года назад в зимнее время, располагались на коже туловища и конечностей. Лечился у дерматолога. Отмечал выздоровление. В последующем обострений не было. Настоящее обострение началось с высыпаний на руках, затем появились высыпания на туловище. Занимался самолечением. Принимал ванны с морской солью и смазывал кожу флуцинаром. Из сопутствующих заболеваний - хронический холецистопанкреатит, сахарный диабет.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже туловища, разгибательной поверхности нижних конечностей. Высыпания представлены лентикулярными папулами и бляшками розового цвета, поверхность их полностью покрыта серебристо-белыми чешуйками.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания
4. Врачей каких специальностей необходимо привлечь к решению вопросов диагностики и лечения сопутствующих заболеваний?
5. Составьте план лечения больного.

**Задача №6**

 У девочки 9 лет около 4-х недель назад на фоне полного здоровья стали появляться ше­лушащиеся розовые зудящие бляшки на туловище и конечностях. Семейный анамнез по заболеваниям кожи не отягощен. До возникновения сыпи девочка ни­чем не болела, лекарственных средств не принимала.

 ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ. Основные физиологические показатели в норме. Высыпания расположены симметрично на туловище и разгибательных поверхностях конечностей. Высыпания представлены розовыми бляшками, покрытыми серебристо-белыми чешуйками. На туловище беспорядочно расположенные розовые шелушащиеся папулы. В перианальной области эритема и умеренное шелушение.

 ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. Общий анализ крови и СОЭ - в норме.

1. О каком заболевании идет речь?
2. Какие феномены характерны для данного заболевания?
3. Перечислите клинические разновидности заболевания
4. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
5. Особенности течения заболевания.

**Задача №7**

 На прием к дерматологу обратился больной 34-х лет с жалобами на высыпания красного цвета на коже рук, ног и туловища, изменение ногтевых пластинок, незначительный зуд.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Болен около четырех лет. Впервые осенью на разгибательной поверхности локтевых суставов появились высыпания красного цвета, покрытые чешуйками, затем подобные высыпания появились на коже туловища. Причину заболевания связывает с нервным перенапряжением на работе. Дважды лечился в стационаре. Обострения заболевания отмечает в зимнее время года, летом отмечает улучшение. У деда и дяди по материнской линии отмечает подобное заболевание. ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже туловища, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, представлен множественными милиарными и лентикулярными папулами. На коже живота и спины крупные бляшки. Цвет элементов розово-красный, их поверхность покрыта серебристо-белыми чешуйками, по периферии ободок ярко-красного цвета. Наблюдается появление новых папул и их периферический рост. При поскабливании высыпаний появляется гладкая, блестящая поверхность, затем точечное кровотечение. Ногтевые пластинки утолщены, имеется симптом “наперстка”.

1. О каком заболевании идет речь?
2. Клинические разновидности данного дерматоза.
3. Основные провоцирующие факторы заболевания.
4. Влияние заболевания на качество жизни.
5. Основные принципы лечения заболевания.

**Ответ к задаче №1**

1. **Поставьте диагноз.**

Красный плоский лишай.

1. **Этиология и патогенез заболевания**

Этиология и патогенез заболевания изучены недостаточно. Существует несколько гипотез возникновения КПЛ: вирусная, нейроэндокринная, интоксикационная и иммуноаллергическая. В основе развития КПЛ лежат комплексные нейрогуморальные и иммуноаллергические нарушения. Согласно иммуноаллергической теории в патогенезе заболевания важная роль отводится состоянию клеточного звена иммунной системы. В частности, у больных КПЛ установлено снижение количества Т – клеток и увеличение коэффициента Т – хелперы / Т - супрессоры в крови и очагах поражения.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания**

Дифференциальная диагностика со вторичным сифилисом, атопическим дерматитом, красным отрубевидным волосяным лишаем, болезнью Дарье, псориазом.

1. **Какие исследования необходимо назначить больной?**
* Общий анализ крови
* Общий анализ мочи
* Биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, триглицериды, холестерин)
* Гистологическое исследование биоптата кожи
* Исследование биоптата кожи методом прямой иммунофлюоресценции.
* Обследование на ВИЧ-инфекцию, гепатит В и С.
1. **Составьте план лечения больной.**

Общее лечение:

Дезинтоксикационные и гипосенсибилизирующие препараты (поливидон + натрия хлорид + калия хлорид + кальция хлорид + магния хлорид + кальция гидрокарбонат (гемодез) 400 мл в/в капельно 1-4 р/нед.).

Антигистаминные препараты (хлоропирамин в/м 20 мг (1 мл) 1-2 р/сут, мебгидролин внутрь — 100—300 мг/сут в 2-3 приема, лоратадин внутрь старше 12 лет - 10 мг 1 р/сут.)

Антималярийные препараты (гидроксихлорохин по 200 мг 2 р/сут в течение 5 дней).

 Местное лечение:

Топические глюкокортикостероидные препараты (бетаметазон 0,1 % мазь, клобетазол 0,05% крем и мазь, гидрокортизон 0,1% мазь).

**Ответ к задаче №2**

* 1. **Поставьте диагноз.**

Красный плоский лишай (гипертрофическая форма).

* 1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с болезнью Дарье**

Для фолликулярного дискератоза Дарье, в отличие о КПЛ, характерны папулы диаметром 2-5мм, сероватого или буроватого цвета, покрытые твердыми ороговевшими корочками, плотно прилегающими к их поверхности. Высыпания распологаются обычно симметрично на волосистой части головы, лице, шее, груди, между лопатками, в подмышечных и пахово-бедренных складках.

* 1. **Показания для госпитализации**

Госпитализация показана при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения, а также при наличии тяжелых форм заболевания или осложнений.

* 1. **Наиболее частые ошибки в лечении.**

Отсутствие офтальмологического контроля при лечении аминохинолиновыми препаратами. Неоправданно длительное применение глюкокортикостероидных препаратов.

* 1. **Профилактика заболевания.**

Следует избегать стрессовых ситуаций, переохлаждения, травматизации кожи, необоснованного применения лекарственных средств.

**Ответ к задаче №3**

1. **Поставьте диагноз.**

Красный плоский лишай (типичная форма).

1. **Перечислите клинические формы данного заболевания на слизистой полости рта.**

Типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная, буллезная, гиперкератотическая.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с болезнью Девержи.**

При болезни Девержи высыпания состоят из фолликулярных пятен желтовато-красного цвета. Локализуются чаще на разгибательной поверхности конечностей особенно на тыльной поверхности пальцев (симптом Бенье). Отмечается тенденция к слиянию папул с образованием очагов с шероховатой поверхностью, напоминающей терку, иногда развивается эксфолиативная эритродермия и в ранние сроки возникает кератоз в области ладоней и подошв, что мало характерно для КПЛ.

1. **Критерии эффективности лечения.**

Отсутствие новых и разрешение существующих высыпаний, уменьшение зуда.

1. **Профилактика заболевания.**

Следует избегать стрессовых ситуаций, переохлаждения, травматизации кожи, необоснованного применения лекарственных средств.

**Ответ к задаче №4**

* 1. **Поставьте диагноз.**

Красный плоский лишай (синдром Гриншпана).

* 1. **Дайте определение данному синдрому.**

Синдром Гриншпана – сочетание эрозивно-язвенной формы КПЛ на слизистой рта с сахарным диабетом и гипертонической болезнью.

* 1. **Консультации каких специалистов необходимы больной?**

Консультации эндокринолога, терапевта, стоматолога.

* 1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания**

Дифференциальная диагностика со вторичным сифилисом, атопическим дерматитом, красным отрубевидным волосяным лишаем, болезнью Дарье, псориазом.

* 1. **Профилактика заболевания.**

Следует избегать стрессовых ситуаций, переохлаждения, травматизации кожи, необоснованного применения лекарственных средств.

**Ответ к задаче №5**

* 1. **Поставьте диагноз.**

Распространенный псориаз, стационарная стадия, зимняя форма.

* 1. **Этиология и патогенез заболевания**

Этиология заболевания остается невыясненной. Одной из основных гипотез его развития считают наследственную. Однако даже у людей с неблагоприятным генотипом в возникновении заболевания играют роль различные провоцирующие факторы (инфекции, стрессы, алкоголь, некоторые группы медикаментов, эндокринные и обменные нарушения, артифициальные травмы).

* 1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания**

Дифференциальная диагностика с псориазиподобными сифилидами, себорейной экземой, розовым лишаем Жибера, красной волчанкой.

* 1. **Врачей каких специальностей необходимо привлечь к решению вопросов диагностики и лечения сопутствующих заболеваний?**

Эндокринолог, гастроэнтеролог.

* 1. **Составьте план лечения больного.**

- Режим охранительный: ограничение стрессовых ситуаций

- Диета: исключаются острые блюда, специи, алкогольные напитки, животные жиры. Рекомендуется включать в пищу растительные масла и продукты, богатые витаминами (фрукты, овощи).

- Антигистаминные препараты (хлоропирамин в/м 20 мг (1 мл) 2 р/сут в течение 5-10 сут, мебгидролинвнутрь 100 мг 2 р/сут в течение 10-20 сут, клемастинвнутрь 1 мг 2 р/сут, лоратадинвнутрь 10 мг 1 р/сут.,цетиризин).

- Гипосенсибилизирующие средства (кальций глюконат10% раствор по 10 мл в/м 1 р/сут в течение 10-15 сут, натрия тиосульфат30%, магния сульфат25% раствор по 5—10 мл в/м 1 р/сут в течение 10 суток.).

- Дезинтоксикационные средства (натрия хлоридпо 200—400 мл в/в капельно 2—3 раза в неделю, на курс 3-5 инфузий, натрия хлорид + калия хлорид + магния хлоридпо 200—400 мл в/в капельно).

- Седативные и вегетотропные препараты (настойка пиона уклоняющегося внутрь по 30—40 капель 2—4 р/сут в течение 1 месяца, ново-пассит внутрь по 2,5—5 мл 3 р/сут во время еды в течение 1 месяца, глицин внутрь по 100 мг 2—3 р/сут в течение 14—30 дней).

- Витаминотерапия (аскорбиновая кислота, витамин В12 в сочетании с фолиевой кислотой, витамин А, ретинол, рибофлавин, аевит, каратолин).

- Производные метилксантинов (теофилин, эуфиллин).

Местное лечение:

- Топические глюкокортикостероидные препараты (окситетрациклин + гидрокортизон, бетаметазон дипропионат,гидрокортизонабутират, клобетазол, мометазона фуроат, флуоцинола ацетонид наружно 2 р/сут.,триамцинолон, оксициклозоль,бетаметазона валерат, метилпреднизолона ацепонат наружно1 р/сут.).

- Синтетические ретиноиды для наружного применения (тазаротин)

- Средства с синтетическими аналогами витамина D3(такальцитол, кальципотриол).

- Смягчающие средства.

- Физиотерапевтическое лечение ( селективнаяфототерапия, магнитолазерная терапия, ПУВА-терапия).

**Ответ к задаче №6**

**1.О каком заболевании идет речь?**

Распространенный псориаз, стационарная стадия, зимняя форма

**2.Какие феномены характерны для данного заболевания?**

В прогрессирующей стадии псориаза наблюдается изоморфная реакция раздражения (симптом Кебнера), которая выражается в возникновении псориатических высыпаний на местах травмы кожи, иногда даже самой незначительной. Псориатическая триада включает в себя следующие феномены: феномен стеаринового пятна, феномен терминальной пленки, феномен «кровяной росы» или точечного кровотечения (Ауспитца).

**3.Перечислите клинические разновидности заболевания**

Экссудативный псориаз, ладонно-подошвенный псориаз, пятнистый псориаз, поражение ногтей, псориатическая эритродермия, пустулезный псориаз, псориатический артрит

**4.Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза**

Дифференциальная диагностика с псориазиподобными сифилидами, розовым лишаем Жибера, красной волчанкой.

**5.Особенности течения заболевания.**

Течение псориаза различное у разных больных. С ремиссиями в несколько месяцев или лет заболевание тянется до конца жизни, обостряясь чаще в осенне-зимний период года (зимняя форма), реже в весенне-летний период (летняя форма).

**Ответ к задаче №7**

**1.О каком заболевании идет речь?**

Распространенный псориаз, прогрессирующая стадия, зимняя форма.

**2. Клинические разновидности данного дерматоза.**

Себорейный псориаз, экссудативный, ладонно-подошвенный, пятнистый, поражение ногтей, псориатическая эритродермия, пустулезный псориаз, псориатический артрит.

**3.Основные провоцирующие факторы заболевания.**

Инфекционные заболевания (особенно стрептококковые, вирусные),стрессы,

применение некоторых групп медикаментов (β-блокаторы, препараты лития и золота, интерфероны, антималярийные средства, пероральные контрацептивы и др), злоупотребление алкоголем, курение, травмы кожи.

**4.Влияние заболевания на качество жизни.**

Косметические недостатки (даже при ограниченных формах, особенно при локализации на лице, кистях, больные отмечают ограничение контактов, прекращение занятий спортом, в некоторых случаях, особенно у молодых людей, развиваются выраженные депрессивные состояния, нередко высыпания на открытых участках тела приводят к потере работы).

Ощущение зуда, болезненности при некоторых формах псориаза

Постоянные высокие материальные затраты, связанные с лечением

Инвалидизация при тяжелых формах заболевания и т.д.

**5. Основные принципы лечения заболевания.**

клиническую форму, распространенность и активность псориатического поражения соматический статус и возможную реакцию на лечение

 возраст и мотивацию пациента

Современная патогенетическая терапия псориаза заключается в применении супрессивных методов, направленных на:

снижение пролиферативной активности кератиноцитов и нормализацию их дифференцировки

подавление Т-клеточных иммунных реакций в дерме

устранение дисбаланса между противовоспалительными и провоспалительными цитокинами.

**6.Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Собирать анамнестические данные у больных, страдающих псориазом, красным плоским лишаем и написать по курируемым больным локальный статус;
2. Проводить диагностические тесты, позволяющие верифицировать данные заболевания;
3. Проводить дифференциальную диагностику псориаза и красного плоского лишая с другими дерматозами;
4. Составлять и обосновывать план лечения больных с псориазом и красным плоским лишаем.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС**

1. Псориаз: этиология, патогенез, классификация, клиника.

2. Диагностика, дифференциальная диагностика псориаза.

3. Лечение, профилактика псориаза.

4. Псориатический полиартрит.

5. Красный плоский лишай: этиология, патогенез, классификация, клиника.

6. Диагностика, дифференциальная диагностика красного плоского лишая.

7. Лечение, профилактика красного плоского лишая.

**8.Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,вид издания | **Автор (- ы),****составитель (-и),****редактор (ы).** | Место издания, издательство, год.  | Кол-во экземпляров |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
|  1 |  **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **Основная литература** |
| 1 |   Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К.  | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |
|  | Псориаз (этиология, патогенез, клиника и лечение): учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2012.  | 5 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris  |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**Занятие №7.**

**1.Тема:** «Туберкулез кожи. Клинические варианты. Люпозории. Принципы лечения. Лепра. Клиника. Диагностика. Организация и принципы лечения. Лепрозории».

**2. Формы работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**-ОПК-8** (готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**

- **знать:**

* − этиопатогенетические факторы развития туберкулеза кожи.

− классификацию диссеминированных и локализованных форм туберкулеза кожи.

− клинические проявления и разновидности туберкулезной волчанки.

− диагностику и принципы лечения больных туберкулезом кожи.

− этиологию и эпидемиологию лепры;

− клинические проявления лепры;

− диагностику и методы лечения больных лепрой.

 **-уметь:**

− определять симптом «яблочного желе».

− определять симптом проваливания зонда ( А.И. Поспелова)

− составить алгоритм обследования больного.

− пальпация, граттаж кожи.

− диаскопия сыпи.

− определение тургора и эластичности кожи.

− исследование тактильной, болевой и температурной чувствительности.

− диагностические тесты с гистамином, горчичником, нотиновой кислотой, УФО.

-**владеть:**

− диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

− диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

1. К локализованным формам туберкулеза относятся:

1) гематогенный диссеминированный

2) колликвативный

3) папуло-некротический

4) лихеноидный

2. САМАЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ: 1) скрофулодерма

2) волчанка туберкулезная

3) туберкулез кожи бородавчатый

4) туберкулез милиарно-язвенный

5) туберкулез кожи папуло-некротический

3. ВОЛЧАНКА ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ:

1) бугорков

2) папул

3) геморрагических пятен

4) пустул

5) волдырей

4. ДЛЯ туберкулезной волчанки характерно:

1) бугорки плотной консистенции

2) рубцевание язвы начинается с периферической части очага

3) рубец гладкий, нежный, обесцвеченный

4) рубец грубый, плотный, с бугристой поверхностью, пигментированный

5) на рубцах не появляются свежие высыпания

5. положительный симптом Поспелова, феномен «яблочного желе», характерны для:

1) туберкулезной волчанки

2) третичного сифилиса

3) вторичного сифилиса

4) туберкулоидного типа лепры

5) лейшманиоза

6. ПРИ ИЗЪЯЗВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ:

1) края язвы мягкие, неровные, подрытые

2) края язвы плотные, ровные, штампованные

3) дно язвы гладкое, чистое, без налета

4) дно язвы зернистое

5) края язвы мягкие, неровные, подрытые; дно язвы зернистое

 7. К ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ФОРМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСИТСЯ (УК-1,ПК-5):

1) язвенный

2) первичный шанкриформный

3) колликвативный

4) бородавчатый

5) острый диссеминированный милиарный

 8. МУЖЧИНЫ СТРАДАЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

1) уплотненной эритемой Базена

2) скрофулодермой

3) бородавчатым туберкулезом кожи

4) острым милиарным туберкулезом кожи

5) туберкулезной волчанкой

 9. ЖЕНЩИНЫ СТРАДАЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

1) уплотненной эритемой Базена

2) скрофулодермой

3) бородавчатым туберкулезом кожи

4) золотушным лишаем

5) острым милиарным туберкулезом кожи

 10. УЗЛЫ ПРИ КОЛЛИКВАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ:

1) плотные и малоболезненные

2) мягкие и безболезненные

3) эластичные и безболезненные

4) мягкие и болезненные

5) плотные и болезненные

11. Возбудитель лепры при лепроматозном типе лепры обнаруживается:

1) в соскобе со слизистой перегородки носа

2) в крови

3) в моче

4) в лимфе

5) в пунктате лимфатического узла

12. Течение туберкулоидной лепры:

1) острое

2) подострое

3) хроническое с обострениями

4) хроническое без обострений

5) возможны все перечисленные варианты

13. Бугорки при туберкулоидной лепре:

1) крупные

2) мелкие и плоские

3) остроконечные

4) полушаровидные

5) не имеют специфического вида

 14. ВОЗБУДИТЕЛЬ ЛЕПРЫ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ:

1) в соскобе со слизистой перегородки носа

2) в соскобе с поверхности инфильтрата

3) в пункционном материале из инфильтрата

4) в слизистой желудка

5) в соскобе со слизистой перегородки носа, с поверхности инфильтрата, в пункционном материале из инфильтрата

 15. ДЛЯ «ЛЬВИННОГО ЛИЦА» ПРИ ЛЕПРЕ НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

1) глубокие инфильтраты кожи и подкожной клетчатки на лице

2) грубые складки на лице

3) утолщение носа, губ, ушных раковин

4) истончение и атрофия крыльев носа и ушных раковин

5) выпадение бровей

 16. УЗЛЫ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОЙ ЛЕПРЕ:

1) не возвышаются над уровнем кожи и обнаруживаются лишь при пальпации

2) возвышаются над уровнем кожи

3) захватывают подкожную клетчатку

4) проникают в кости

5) возвышаются над уровнем кожи; захватывают подкожную клетчатку; проникают в кости

 17. ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ РАЗВИВАЮТСЯ:

1) хронические отеки и слоновость

2) пахово-бедренные адениты

3) изъязвления

4) расстройства чувствительности

5) хронические отеки и слоновость, пахово-бедренные адениты, изъязвления, расстройства чувствительности

 18. БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ:

1) крупные

2) мелкие и плоские

3) остроконечные

4) полушаровидные

5) не имеют специфического вида

 19. БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ:

1) лежат изолированно

2) сливаются и немногочисленные

3) многочисленные

4) лежат изолированно, сливаются и немногочисленные, многочисленные

5) не сливаются

20. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ СИМПТОМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) парезы, параличи

2) атрофия, трофические язвы, мутиляции

3) контрактуры, деформации кистей и стоп

4) лагофтальм

5) парезы, параличи; атрофия, трофические язвы, мутиляции; контрактуры, деформации кистей и стоп; лагофтальм

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача №1**

На прием к дерматологу обратилась женщина 40 лет с жалобами на появление высыпаний на коже лица.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания на лице появились 2.5 года назад. Сначала они были единичные, затем их число увеличилось. Высыпания сливались между собой. После разрешения на месте высыпаний оставались рубчики. Мать и старшая сестра болеют туберкулезом.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Высыпания располагаются на коже левой щеки, крыльев носа, ушных раковин. Основным элементом является бугорок размером с булавочную головку, выступающий над уровнем кожи, мягкой консистенции, красно-розового цвета. При диаскопии предметным стеклом бугорок приобретает буро-желтую окраску. При надавливании зондом последний легко проникает в ткань, вызывая кровотечение. Бугорки сливаются между собой. На левой щеке сплошной атрофический рубец по типу «папиросной бумаги».

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие симптомы, характерные для данного заболевания, наблюдаются у больной?

3. Какие достоверные и вероятные признаки характерны для данного заболевания?

4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.

5. Составьте план обследования больной.

**Задача №2**

 На прием к дерматологу обратилась больная 28 лет с жалобами на язвы и рубцы в области шеи, на щеках, слабость, недомогание.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение года, когда заметила в области шеи и на щеках появление плотных узлов. Узлы быстро увеличивались в размерах, кожа над ними была синюшного цвета. Высыпания сопровождались повышением температуры тела, слабостью и недомоганием. Узлы вскрывались с выделением небольшого количества гноя, образовывались язвы, которые покрывались корками и рубцевались.

Мать больной состоит на учете в противотуберкулезном диспансере по поводу туберкулеза легких.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на коже в области шеи, на щеках, околоушной раковины справа. Высыпания представлены язвами и рубцами. Язвы неправильной округлой формы, поверхностные, с мягкими, тонкими, нависающими краями, малоболезненные синевато-красного цвета, дно сероватого цвета, покрыто вялыми грануляциями. Язвы размерами от 1,0 x 1,5 см до 1,5 x 2,0см. Рубцы неправильной округлой формы, поверхностные, спаянные с кожей, неровные, с мостовидными перегородками. Имеются свищевые отверстия и ходы, соединяющие отдельные рубцы. Реакция Манту резко положительная.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Этиология и патогенез заболевания.

3. Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?

4. Перечислите достоверные и вероятные признаки заболевания.

5. Наметьте план лечебных мероприятий.

**Задача №3**

На прием к дерматологу обратилась больная 45 лет с жалобами на появление безболезненных образований на коже лица.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 3-х месяцев, когда на коже лица в области щек появились безболезненные высыпания. К врачу не обращалась, самостоятельно не лечилась.

Больная состоит на учете в противотуберкулезном диспансере по поводу туберкулеза легких.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже лица в области щек. Высыпания представлены бляшками буровато-желтого цвета, различных размеров, с фестончатыми краями, возвышенным периферическим валиком. При диаскопии определяются желтовато-буроватые пятна.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Наметьте план диагностических мероприятий.

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?

4. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?

5. Какие патоморфологические изменения обусловливают данные симптомы?

**Задача №4**

На прием к дерматологу обратилась врач – патологоанатом с жалобами на появление высыпаний на коже кисти правой руки.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 4-х месяцев. Лечилась самостоятельно, смазывала высыпания различными мазями, эффекта от лечения не было.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже тыла правой кисти. Высыпания представлены лентикулярными папулами синюшно – красного цвета с четкими границами, в центре – трещины, по периферии – отечная, желтоватая, блестящая зона.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Этиология и патогенез заболевания.

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?

4.Какие гистологические признаки характерны для данного заболевания?

5. У врача какой специальности должна получать лечение больная?

**Задача №5**

На прием к дерматологу обратилась врач – фтизиатр 46 лет с жалобами на появление в области левой руки высыпаний.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 2-х месяцев, когда впервые появились высыпания на кисти левой руки. Наружно применяла различные косметические средства, без положительного эффекта.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже тыла левой кисти. Высыпания представлены лентикулярными папулами синюшно – красного цвета с четкими границами, в центре – трещины, по периферии - отечная желтоватая блестящая зона.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Этиология и патогенез заболевания.

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?

4.Какие гистологические признаки характерны для данного заболевания?

5.У врача какой специальности должна получать лечение больная?

**Задача №6**

На прием к дерматологу обратилась больная 45 лет с жалобами на высыпания на коже лица, туловища, конечностей, деформацию пальцев рук.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 7 лет, когда на коже лица, туловища, конечностей появились пятна, затем узлы. Некоторые узлы распадались с образованием язв. 3 месяца назад больная отметила поражение мышц и костей кистей обеих рук.

Больная проживает в Средней Азии. Свое заболевание ни с чем не связывает.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже лица, туловища и верхних конечностей имеются многочисленные узлы размером с лесной орех, синюшно – красного цвета, а также язвы неправильной формы с подрытыми краями. Вокруг высыпаний отмечается нарушение болевой, температурной и тактильной чувствительности. Лицо больной грустное, мимика отсутствует.

Имеется атрофия мелких костей пальцев рук.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?

3. Этиология и патогенез заболевания.

4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?

5. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?

**Задача №7**

На прием к дерматологу обратился больной 46 лет с жалобами на появление высыпаний на коже правой щеки.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 6 месяцев. Вначале появились мелкие красноватые папулы, которые постепенно сливались. Затем больной заметил выпадение пушковых волос на месте высыпаний.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже правой щеки. Высыпания представлены милиарными, красновато-синюшными, плоскими, полигональными папулами, имеющими тенденцию к слиянию и образованию фигур в виде кольца. На месте высыпаний пушковые волосы отсутствуют. Отмечается снижение болевой, тактильной, температурной чувствительности на месте высыпаний и вокруг их.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?

3. Этиология и патогенез заболевания.

4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?

5. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?

**Задача №8**

На прием к дерматологу обратился больной 62-х лет с жалобами на появление на коже лица высыпаний, слабость, недомогание, повышение температуры тела до 39° С.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 3-х недель, когда на коже лица появились красноватые пятна, повысилась температура тела. Самостоятельно не лечился. К врачу не обращался. Возникновение заболевания связывал с перенесенной респираторной инфекцией.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже лица. Высыпания представлены округлыми эритематозными пятнами с блестящей поверхностью, а также бугорками величиной до вишни, плотноэластической консистенции, безболезненными при пальпации. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны.

1. Поставьте предварительный диагноз

2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?

3. Этиология и патогенез заболевания

4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?

5. Где должен получать лечение больной?

**6.Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1) Диагностика лепры.

2) Клиническая характеристика форм лепры.

3) Определение симптома яблочного желе.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

1. Классификация туберкулеза кожи.

2. Диагностика туберкулеза кожи.

3. Дифференциальная диагностика туберкулёзной волчанки.

4. Алгоритм обследования больных с туберкулезом кожи.

5. Клинические формы туберкулеза кожи.

6.Современные данные об этиологии и эпидемиологии лепры.

7. Диагностика лепры.

8. Алгоритм обследования больных с лепрой.

9. Характеристика клинических форм лепры.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,вид издания | **Автор (- ы),****составитель (-и),****редактор (ы).** | Место издания, издательство, год.  | Кол-во экземпляров |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
|  1 |  **2** | **3** | **4** |  **5** | **6** |
| **Основная литература** |
| 1 |  Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К.  | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris  |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**Занятие №8.**

**1.Тема:** «Вирусные дерматозы у детей (герпесы, контагиозный моллюск, бородавки). Диагностика. Лечение».

**2. Формы работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**-ОПК-8** (готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**

- **знать:**

− этиологию и эпидемиологию вирусных заболеваний кожи.

− классификацию вирусных заболеваний кожи.

− клинические проявления вирусных заболеваний кожи.

 -**уметь**:

− проводить пальпацию кожи, диаскопию элементов сыпи.

− удалять контагиозный моллюск.

− удалять бородавоки, остроконечные кондиломы, папилломы.

 -**владеть:**

− диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

1. для простого герпеса наиболее характерны

1) гнойнички, язвы

2) узелки, чешуйки

3) папулы, волдыри

4) бугорки

5) пузырьки, эрозии

Правильный ответ:5

2. наиболее характерный признак простого герпеса

1) склонность к рецидивированию

2) хроническое длительное течение без периодов ремиссий

3) начало заболевания преимущественно в пожилом возрасте

4) возникновение рецидивов после нервного перенапряжения

5) провоцирующее воздействие нарушений в диете

Правильный ответ:1

3.ДЛЯ ПАПУЛ ПРИ КОНТАГИОЗНОМ МОЛЛЮСКЕ ХАРАКТЕРНО

1) цвет нормальной кожи

2) (+) симптом Поспелова

3) синюшно-красный цвет

4) сетка Уикхема

5) зуд

Правильный ответ:1

4.Для опоясывающего лишая характерны

1) отсутствие болезненности

2) удовлетворительное состояние

3) диссеминация высыпаний по ходу сосудов

4) асимметричность и группировка высыпаний

5) рецидивы

Правильный ответ:4

5.ВИРУС, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС, ИДЕНТИЧЕН

1) вирусу простого герпеса типа 1

2) вирусу ветряной оспы

3) вирусу простого герпеса типа 2

4) коксовирусу

5) цитомегаловирусу

Правильный ответ:2

6. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ПОЯВЛЕНИЮ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК, ЯВЛЯЕТСЯ

1) гипергидроз

2) микоз стоп

3) снижение иммунитета

4) применение антибиотиков

5) травматические повреждения

Правильный ответ:5

7. К клиническим симптомам простого пузырькового лишая относятся

1) волдыри

2) сгруппированные пузырьки

3) папулы лентикулярные

4) язвы

5) рубцы

Правильный ответ:2

8. ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС

1) относится к ИППП

2) дифференцируют с розовым лишаем

3) никогда не рецидивирует

4) необходимо назначение кортикостероидов

5) необходимо назначение фунгицидных средств

Правильный ответ:1

9. лечение опоясывающего лишая

1) противовирусные

2) витамин А

3) цитостатики

4) глюкокортикостероиды

5) фунгицидные препараты

Правильный ответ:1

10. Больным рецидивирующим герпесом в фазу ремиссии назначается

1) противовирусные антибиотики

2) аутогемотерапия

3) герпетическая вакцина

4) противовирусные мази

5) ничего из перечисленного

Правильный ответ:3

11. ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ СПОСОБСТВУЕТ НАЛИЧИЕ

1) фимоза

2) воспалительных заболеваний мочеполового тракта

3) интертриго

4) хронического простатита

5) фимоза, воспалительных заболеваний мочеполового тракта, интертриго, хронического простатита

Правильный ответ:5

12. ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

1) при назначении их в комплексе с другими препаратами

2) при назначении их в первые часы (дни) заболевания

3) при длительном применении их

4) при применении препарата в различных лекарственных формах

5) при микстинфекции

Правильный ответ:2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача №1**

На прием к врачу обратилась мать с ребенком 8 лет с жалобами на высыпания на коже тыла кистей и лице.

ИЗ АНАМНЕЗА. Первые высыпания на коже рук появились три месяца назад. Сначала это были единичные элементы, затем их становилось больше, а недавно мама заметила высыпания на лице.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже тыла кистей, на лице в области подбородка и правой щеки многочисленные телесного цвета, безболезненные узелки размером от 0,1 до 0,3см с плоской поверхностью.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
4. Составьте план лечения.
5. Выпишите рецепты

**Задача №2**

На прием к врачу обратился больной 25 лет с жалобами на высыпания на коже рук.

ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания появились примерно год тому назад. Больной пытался срезать их, выжигал уксусной эссенцией, но они вновь возникали, сливаясь и увеличиваясь в размерах.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже тыла кистей множественные, плотные, безболезненные, серого и телесного цвета узелки от 0,2 до 1,0см в диаметре. На крупных папулах сосочковые разрастания с ороговением на поверхности.

1. Поставьте диагноз.

1. Этиология и патогенез заболевания
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
3. Составьте план лечения.
4. Выпишите рецепты

**Задача №3**

На прием к врачу обратилась мать с девочкой 4-х лет с жалобами на высыпания на коже живота и рук. Субъективных жалоб не предъявляет.

ИЗ АНАМНЕЗА. Впервые эти высыпания мама заметила три недели назад. Их количество постоянно увеличивалось. Пробовали лечиться самостоятельно, смазывая элементы бриллиантовой зеленью. Результатов данное лечение не дало. Подобные высыпания имеются еще у нескольких детей, посещавших ту же группу в детском учреждении.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже рук и живота расположены многочисленные узелки, плотной консистенции, цвета нормальной кожи с перламутровым оттенком. Размер узелков от 0,1 до 0,5см в диаметре. В центре узелков кратерообразное вдавление. При надавливании пинцетом из узелка выделяется кашицеобразная масса.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дайте определение заболеванию.
3. Этиология и эпидемиология заболевания.
4. С какими заболеваниями ассоциируется данный процесс?
5. Алгоритм обследования при этой патологии.

**Задача №4**

На прием к врачу обратился мужчина 36 лет с жалобами на высыпания в полости рта. Беспокоит головная боль, общее недомогание и чувство жжения в области высыпаний.

ИЗ АНАМНЕЗА. Четыре дня назад после переохлаждения больной почувствовал озноб, недомогание, расстройство сна. Появились пузырьковые высыпания на лице и в полости рта. Появление высыпаний сопровождалось чувством жжения и покалывания.

Подобные высыпания больной отмечает в течение последних 3 –х лет, ежегодно - 2 раза в год

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже лица у левого угла рта имеются сгруппированные пузырьки размером от 0,1 до 0,3см. Расположены пузырьки на фоне гиперемированной и слегка отечной коже. Содержимое пузырьков – серозное. В полости рта (на небе и нижней десне слева) на фоне отечной и гиперемированной слизистой оболочки эрозии с неправильными мелкофестончатыми очертаниями. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
4. Назначьте лечение
5. Ваши рекомендации больному после клинического выздоровления

**Задача № 5**

На прием к врачу обратился мужчина 52 –х лет с жалобами на высыпания в виде пузырьков на лице и слизистой полости рта. Беспокоят недомогание, озноб, повышение температуры тела до 38,50С.

ИЗ АНАМНЕЗА. Заболел две недели назад после сильного переохлаждения на работе. Первые дни чувствовал недомогание, озноб, головную боль, боль в ухе справа, затем поднялась температура и на коже лица появились пузырьки с прозрачным содержимым. Больной отмечает частые простудные заболевания в течение года.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожа правой половины лица гиперемирована, отечна. На этом фоне располагаются тесно сгруппированные напряженные пузырьки с серозным содержимым, величиной от 0,2 до 0,4см в диаметре, а также ярко-красного цвета эрозии с фестончатыми краями, серозные корочки. Веки правого глаза отечны. В полости рта на слизистой правой щеки и 2/3 языка на резко отечном и гиперемированном фоне эрозии с мелкофестончатыми очертаниями. Отдельные эрозии покрыты плотным, фибринозным налетом.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии?
4. Назначьте лечение
5. Выпишите рецепты

**Задача №6**

К дерматологу обратилась мать с ребенком 4-х лет с жалобами на появление у ребенка высыпаний на коже лица и груди. Высыпания у ребенка появились неделю тому назад. Их количество с каждым днем увеличивалось. При осмотре на коже лица вокруг глаз и на щеках, на груди куполообразной формы плотные папулы телесного цвета размером 2-5мм, слегка вдавленные в центре.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дайте определение заболеванию.
3. Этиология и эпидемиология заболевания.
4. С какими заболеваниями ассоциируется данный процесс?
5. Составьте алгоритм обследования больного.

**Задача №7**

К дерматологу обратился подросток 16 лет с жалобами на появление высыпаний на лице, груди, руках, сопровождающиеся умеренным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение месяца. Сначала появились высыпания на лице, затем они стали появляться на руках и груди. Смазывал сыпь бриллиантовой зеленью. Улучшения не отмечалось. Появлялись свежие высыпания.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер, локализуясь на коже лица, рук, груди и живота. Высыпания представлены полушаровидными папулами телесного цвета, мягкими на ощупь, размером 2-5мм с вдавлением в центре. На коже груди единичные линейные экскориации. При сдавливании узелков с боков из центрального отверстия выделяется белая крошковидная масса.

1. Поставьте диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Методы лечения заболевания
4. Критерии эффективности лечения
5. Наиболее частые ошибки в лечении

**Ответ к задаче № 1**

1. **Поставьте диагноз.**

Плоские бородавки.

1. **Этиология и патогенез заболевания**

Папилломавирусы являются причиной различных бородавок. Относятся к семейству Паповавирусов (Papovaviridae), объединяющих группу ДНК-содержащих вирусов. Название семейства состоит из первых слогов на­званий вирусов, составивших эту группу: па (ра) – вирус папилломы (рарИо-та), по (ро) – вирус полиомы (polioma), ва (va) – вакуолизируюший обезьяний вирус. Род папилломавирусов представлен очень большой группой вирусов человека и животных. Для человека патогенными являются вирусы папилломы человека (ВПЧ) нескольких типов. Так, ВПЧ-1 вызывает подошвенные бородавки, ВПЧ-2 – вульгарные бородавки, ВПЧ-3 – плоские бородавки, ВПЧ-4 – верруциформную дисплазию, ВПЧ-5, 6, 11 – остроконечные кондиломы. Все папилломавирусы могут играть роль онкогенов. Передача ВПЧ-инфекции происходит контактным путем непосредственно от человека к человеку и опосредованно – через предметы домашнего обихода, а также путем аутоинокуляции. Считается, что инкубационный период может составлять от нескольких месяцев до нескольких лет. Большое значение в развитии всех видов бородавок имеет активность иммунной системы, особенно ее клеточного звена.

1. **С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?**

С верруциформной эпидермодисплазией, фолликулярным дискератозом, красным плоским лишаем.

1. **Составьте план лечения.**

Общая терапия

- противовирусная или этиологическая терапия

- патогенетическая терапия, направленная на повышение иммунной за­щиты организма (иммуномодулирующая терапия).

 Местная терапия:

-противовирусная наружная терапия.

- наружные деструктивные методы (криодеструкция, электротермока-устика, лазерная деструкция, воздействие растворами кислот и т. д.), кюретаж.

-цитотоксические препараты: кондилин, подофиллотоксин, филлотоксин, 5-фторурацил.

1. **Выпишите рецепты**

Rp.: Ung. «Аciclovir» 5% 5,0

 D.S. Наносить на пораженную кожу 5 раз в день

 Rp.: Ung. Tebropheni 5% 30,0

 D.S. Смазывать очаг поражения 3 раза в день

 Rp.: Solcodermi 0,2

 D.S. Наносить на пораженную поверхность с помощью аппликатора однократно.

 **Ответ к задаче № 2**

**1. Поставьте диагноз.**

Вульгарные бородавки.

1. **Этиология и патогенез заболевания**

Вирус папилломы человека–2 является причиной вульгарных бородавок. Передача инфекции происходит контактным путем непосредственно от человека к человеку и опосредованно – через предметы домашнего обихода. Большое значение в развитии всех видов бородавок имеет активность иммунной системы, особенно ее клеточного звена.

1. **С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?**

С верруциформной эпидермодисплазией, фолликулярным дискератозом, красным плоским лишаем.

1. **Составьте план лечения.**

Общая терапия

- противовирусная или этиологическая терапия

- патогенетическая терапия, направленная на повышение иммунной за­щиты организма (иммуномодулирующая терапия).

 Местная терапия:

-противовирусная наружная терапия.

- наружные деструктивные методы (криодеструкция, электротермока-устика, лазерная деструкция, воздействие растворами кислот и т. д.), кюретаж.

-цитотоксические препараты: кондилин, подофиллотоксин, филлотоксин, 5-фторурацил.

1. **Выпишите рецепты**

Rp.: Ung. «Асiclovir» 5% 5,0

 D.S. Наносить на пораженную кожу 5 раз в день

 Rp.: Ung. Tebropheni 5% 30,0

 D.S. Смазывать очаг поражения 3 раза в день

 Rp.: Ung. Riodoxoli 1% 30,0

 D.S. Смазывать очаги 3 раза в день тонким слоем

 Rp.: Solcodermi 0,2

 D.S. Наносить на пораженную поверхность с помощью аппликатора однократно.

Rp.: Resorcini 0,3

 Ac. salicylici 0,6

 Hydrargyri oxydi flavi 1,2

 Pastae Zinci 30,0

 M.f. pasta

 D.S. Смазывать очаги поражения однократно.

 Rp.: Sol. Podophyllini spirituosae 25% 50,0

 D.S. Смазывать участки поражения 1 раз в день

**Ответ к задаче №3**

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Контагиозный моллюск.

1. **Дайте определение заболеванию.**

Контагиозный моллюск – доброкачественное, вирусное заболевание кожи и слизистых оболочек.

1. **Этиология и эпидемиология заболевания.**

Причиной является ДНК-вирус из семейства поксвирусов, который инфицирует только людей. Распространение происходит по коже путем аутоинокуляции и передается другим через контакты кожи с кожей. Поражаются главным образом дети, сексуально активные взрослые и лица с иммунодефицитом.

У детей передача инфекции происходит при телесном контакте с больными или инфицированными предметами, при посещении бассейна.

У взрослых инфекция чаще всего передается половым путем.

1. **С какими заболеваниями ассоциируется данный процесс?**

С заболеваниями, при которых наблюдаются нарушения клеточно-опосредуемого иммунитета: атопическим дерматитом, верруциформной дисплазией и ВИЧ-инфекцией.

1. **Алгоритм обследования при этой патологии.**

- общий анализ крови

- общий анализ мочи

- микроскопическое исследование (при нетипичной клинической картине)

- гистологическое исследование (при нетипичной клинической картине)

- ПЦР-диагностика (при нетипичной клинической картине)

- иммунологическое обследование (при торпидном течении заболевания, частых рецидивах)

**Ответ к задаче № 4**

1. **Поставьте диагноз.**

Герпетический стоматит.

1. **Этиология и патогенез заболевания.**

Вирус простого герпеса относится к ДНК-содеожащим вирусам. Источником заражения является инфицированный человек. При первичном инфицировании вирус адсорбируется на эпителиоцитах верхних дыхательных путей, проникает в эпителиоциты, реплицируется и транспортируется на поверхность клетки. Реализуется и цитотоксический эффект, и вирусемия. При снижении иммунитета наступают вторичные рецидивы простого герпеса.

1. **С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?**

С кандидозным стоматитом, эрозивной формой красного плоского лишая, красной волчанкой, афтозным стоматитом, бактериальной ангиной.

1. **Назначьте лечение**

Терапия простого герпеса носит комплексный характер и включает в себя:

этиотропное лечение (использование противовирусных препаратов);

патогенетическое воздействие (иммунокорригирующие средства);

симптоматическое лечение.

Длительность, интенсивность и объем курса терапии определяются клинической формой заболевания и тяжестью его течения, частотой рецидивов.

При возникновении рецидивов 1 раз в 6 месяцев и реже, локализованном по­ражении кожи или слизистых оболочек и отсутствии общих симптомов показаны: местная и, возможно, общая терапия с использованием противогерпетческих препаратов. Наружная этиотропная терапия – ацикловир в форме 5% крема, теброфен – мазь 2-3-5%, и др. Наряду с этим показано примене­ние водных и спиртовых растворов анилиновых красителей.

Целесообразно использовать средства патогенетической и симптоматиче­ской терапии – интерфероны (виферон, интерфероновая мазь 50% и др.); индукторы интерферона (циклоферон, мегасин, госсипол и др.); при необхо­димости – анальгетики; при выраженном экссудативном компоненте – не-стероидные противовоспалительные средства (вольтарен, индометацин) кур­сом 7 дней. В комбинации с вышеперечисленными препаратами назначают антиоксиданты – витамины Е, С.

При возникновении рецидивов 1 раз в 3 месяца и чаше, распространенном поражении кожи и слизистых оболочек, выраженных общих проявлениях показана этапная терапия.

/ этап – лечение в острый период болезни (рецидив).

Этиотропное звено терапии – противогерпетические препараты (внутри­венно, перорально, местно). Используют ацикловир, фамвир, алпизарин, флакозид. Эти препараты используют как перорально, так и парентерально и сочетают с противовирусными средствами наружного применения. Антивирусные химиопрепараты могут сочетаться с препаратами интерферона или его индукторами. Такие препара­ты, как тимоген, тималин и другие, в острую стадию не используются. Реко­мендуются неспецифические иммуномодулируюшие средства, природные антиоксиданты (дибазол, метилурацил, витамины Е и С) и растительные адаптогены. В случае выраженного экссудативного компонента показаны ин­гибиторы простагландинов (индометацин, вольтарен и др.). При поражении слизистой оболочки полости рта наряду с водными растворами анилиновых красителей, другими дезинфицирующими и вяжущими средствами использу­ют наружные противовирусные средства.

II этап – терапия в стадии ремиссии, после стихания основных клинических проявлений.

Цель – закрепить положительный эффект проведенной в острой стадии терапии и подготовить пациента к вакцинации. Необходимо продолжить или повторить курс этиотропной терапии. Назначают иммуномодуляторы (воз­можно те же, что и в остром периоде), фитоадаптогены (элеутерококк, эхи-нацея, аралия, лимонник), при выраженной иммуносупрессии – гормоны тимуса коротким курсом. Проводят санацию очагов хронической инфекции.

III этап – специфическая профилактика рецидивов герпетической ширекции с использованием герпетических вакцин.

Используют живые, инактивированные или рекомбинантные противогер­петические вакцины в случае, если достигнута стойкая ремиссия (не менее 2 месяцев).

1. **Ваши рекомендации больному после клинического выздоровления**

Проводят плановое клинико-лабораторное обследование пациентов (1 раз в 3-6 месяцев), лечение хронических процессов, коррекцию иммунологических нарушений.

Клинико-лабораторное обследование должно быть направлено на выясне­ние и коррекцию причин частых рецидивов. В некоторых ситуациях возникает необходимость консультации пациента у врачей смежных специальностей (терапевта, окулиста, невропатолога, ЛОР-врача и др.). В случае тяжелого течения заболевания, при частых рецидивах необходимо учитывать возможность формирования ацикловиррезистентных штаммов ВПГ. Поэтому целесообразно выделение вируса и тестирование на чувствительность к противовирусным препаратам.

В связи с рецидивом заболевания больного необходимо направить на обследование к смежным специалистам с целью исключения сопутствующих заболеваний, в том числе и ВИЧ-инфекции, которые могут быть причиной иммунодефицитного состояния организма.

**Ответ к задаче № 5**

1. **Поставьте диагноз.**

Опоясывающий лишай.

1. **Этиология и патогенез заболевания**

Вирус герпеса человека типа 3 (ВОГ) принадлежит к подсе­мейству альфагерпесвирусов, имеет тропность к эпителиоцитам и клеткам сенсорных ганглиев. Сенсорные ганглии являются резервуаром вируса. В случае заражения вирусом герпеса 3-го типа источником инфицирова­ния является человек, больной ветряной оспой или опоясывающим герпесом. Заразным является человек в конце инкубационного периода до момента отпадения корочек. Особенно высока реализация заражения в пер­вые 7 дней от начала высыпаний. Основными путями передани являются воздушно-капельный, контактный и парентеральный. Возможна передача инфекции от матери плоду (вертика­льный путь). Это происходит в том случае, если женщина во время беремен­ности болеет ветряной оспой. Инфицирование ВГ-3 происходит в первые 6-8 лет жизни ребенка. Инфекция манифестирует в детском возрасте и у 90% пациентов проявляется в виде ветряной оспы, после нее остается стой­кий пожизненный иммунитет. При первичном инфицировании ВГ-3 адсорбируется на эпителиоцитах верх­них дыхательных путей и прикрепляется к рецепторам цитоплазматической мембраны. После этого следует ряд изменений: вирус проникает в эпителиоциты, реплицируется и транспортируется на поверхность клетки. Реализует­ся и цитотоксический эффект, и вирусемия. После периода вирусемии вирус проникает в клетки чувствительных ганглиев преимущественно лицевого, тройничного и межреберных нервов. В дальнейшем под воздействием факто­ров, снижающих иммунитет, происходит реактивация и репликация вируса. Вирус достигает по аксонам определенных участков кожи и слизистых обо­лочек и вновь оказывает цитотоксический эффект на эпителиоциты. Проти­вовирусные антитела, которые вырабатываются при первичном инфицирова­нии, предохраняют человека в дальнейшем от экзогенного проникновения вируса и возникновения ветряной оспы.

1. **Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии?**

Информативными являются выделение вируса из очага поражения с использованием клеточных культур и обнаружение вирусного антигена в биосубстратах с помощью реакции пря­мой иммунофлюоресценции. Серологические методы, такие как РСК, ИФА и другие имеют диагностическую ценность, если исследуют парные сыво­ротки с интервалом 7–10 дней, для выявления значимого повышения титра антител (в 4 раза и более). Используют полимеразную цепную реакцию. Од­нако в практике для диагностики чаще пользуются комплексом эпидемиоло­гических, анамнестических и клинических показателей.

1. **Назначьте лечение**

Этиотропная терапия – общее и наружное лечение противовирусными средствами. Общую терапию противовирусными препаратами начинают как можно раньше и продолжают до момента прекращения высыпаний.

Патогенетическая терапия включает препараты интерферона, иммуномодуляторы.

Симптоматическая терапия направлена на устранение болевого синдро­ма, вторичных гнойных осложнений (нестероидные противовоспалительные средства, антибиотики широкого спектра действия, анальгетики).

Медикаментозную терапию можно комбинировать с новокаиновой блока­дой, сеансами диатермии паравертебральных областей. Кроме того, приме­няют витамины группы В, витамин С, фитоадаптогены. В наружной терапии используют дезинфицирующие и эпителизируюшие средства: спиртовые и водные растворы анилиновых красителей.

1. **Выпишите рецепты**

Rp.: Ung. «Ciclovir» 5% 5,0

 D.S. Наносить на пораженную кожу 5 раз в день

 Rp.: Ung. Tebropheni 2% 30,0

 D.S. Смазывать очаг поражения 3 раза в день

Rp.: Ung.Oxolini 1% 15,0

 D.S. Смазывать очаги 3 раза в день

 Rp.: Ung.Interferoni 30% 10,0

 D.S. Смазывать очаги 3 раза в день

**Ответ к задаче № 6**

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Контагиозный моллюск.

1. **Дайте определение заболеванию.**

Контагиозный моллюск – доброкачественное, вирусное заболевание кожи и слизистых оболочек.

1. **Этиология и эпидемиология заболевания.**

Причиной является ДНК-вирус из семейства поксвирусов, который инфицирует только людей. Распространение происходит по коже путем аутоинокуляции и передается другим через контакты кожи с кожей. Поражаются главным образом дети, сексуально активные взрослые и лица с иммунодефицитом.

У детей передача инфекции происходит при телесном контакте с больными или инфицированными предметами, при посещении бассейна.

У взрослых инфекция чаще всего передается половым путем.

1. **С какими заболеваниями ассоциируется данный процесс?**

С заболеваниями, при которых наблюдаются нарушения клеточно-опосредуемого иммунитета: атопическим дерматитом, верруциформной дисплазией и ВИЧ-инфекцией.

1. **Составьте алгоритм обследования больного.**

- общий анализ крови

- общий анализ мочи

- микроскопическое исследование (при нетипичной клинической картине)

- гистологическое исследование (при нетипичной клинической картине)

- ПЦР-диагностика (при нетипичной клинической картине)

- иммунологическое обследование (при торпидном течении заболевания, частых рецидивах)

**Ответ к задаче №7**

1. **Поставьте диагноз**

Контагиозный моллюск.

1. **С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?**

С плоскими бородавками, остроконечными кондиломами, сирингомой, гиперплазией сальных желез.

Одиночный элемент контагиозного моллюска дифференцируют с кератоакантомой, плоскоклеточным раком кожи, базалиомой.

1. **Методы лечения заболевания**

- удаление элементов контагиозного моллюска пинцетом, деструкцией жидким азотом или электротоком.

- обработка раневого дефекта 2-5% спиртовым раствором йода, фукорцином.

1. **Критерии эффективности лечения**

Полная клиническая ремиссия.

1. **Наиболее частые ошибки в лечении**

Несвоевременная постановка диагноза, неадекватная терапия.

**6.Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Собрать анамнез больного герпесвирусной инфекцией.
2. Осмотреть кожу, волосы, ногти, видимые слизистые оболочки;
3. Определить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи.
4. Наметить план дальнейшего клинико-лабораторного обследования пациента с вирусным дерматозом.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

1. Дифференциально-диагностические критерии простого и опоясывающего герпеса.
2. Алгоритм обследования больных рецидивирующими формами герпеса.
3. Алгоритм лечения больных герпетической инфекцией.

4. Дифференциально-диагностические критерии эрозивно-язвенных поражений гениталий у детей.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,вид издания | **Автор (- ы),****составитель (-и),****редактор (ы).** | Место издания, издательство, год.  | Кол-во экземпляров |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
|  1 |  **2** | **3** | **4** |  **5** | **6** |
| **Основная литература** |
| 1 |  Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К.  | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris  |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**Занятие №9**

**1.Тема:** «Сифилис. Общее течение. Пути заражения. Первичный период сифилиса. Особенности приобретенного сифилиса у детей».

**2. Формы работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**
* **знать:**
* этиологию и эпидемиологию сифилиса.
* общее течение сифилиса.
* классификацию сифилиса.

- **уметь:**

* провести микроскопическое исследование бледной трепанемы в темном поле зрения.
* получить клинический материал для лабораторных исследований.
* **владеть:**
* методами консультирования больных сифилисом.

**4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы**

1. Число ЗАВИТКОВ бледной трепонемы

1) 2-4

2) 6-8

3) 8-12

4) 14-18

Правильный ответ:3

2. НЕ СУЩЕСТВУЮЩИЕ ФОРМЫ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ

1) L-форма

2) цисты

3) бледные трепонемы в полимембранныхфагосомах

4) амебоподобные формы

5) спиралевидные формы

Правильный ответ:4

3. НЕВОЗМОЖНЫЙ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ СИФИЛИСОМ

1) половой

2) трансплацентарный

3) гемотрансфузионный

4) трансмиссивный

5) бытовой

 Правильный ответ:4

4. для обнаружения бледных трепонем применяют

1) исследование нативных препаратов в темном поле

2) окраска по Романовскому – Гимзе

3) окраска по Граму

4) культивирование на питательных средах

5) окраска метилиновым синим

Правильный ответ:1

5. После контакта с больным сифилисом твердый шанкр появляется ЧЕРЕЗ

1) 1 неделю

2) 2 недели

3) 3-5 недель

4) 6-7 недель

5) 8-9 недель

Правильный ответ:3

6. ТВЕРДЫЙ ШАНКР ПРЕДСТАВЛЕН

1) чешуйкой

2) пятном

3) бугорком

4) язвой

5) лихенификацией

Правильный ответ:4

7. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ТВЕРДОГО ШАНКРА

1) генитальные

2) эзофагальные

3) подмышечные

4) ягодичные

5) слизистые

Правильный ответ:1

8. К атипичным твердым шанкрам относятся

1) индуративный отек

2) широкие кондиломы

3) эктима

4) фликтена

5) баланит

Правильный ответ:1

9. ЭВОЛЮЦИЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ЭРОЗИИ

1) рубец

2) исчезает

3) лихенификация

4) рубцовая атрофия

5) вегетации

Правильный ответ:2

10. Среди атипичных форм твердого шанкра выделяют

1) индуративный отек

2) фимоз

3) парафимоз

4) гангренизацию

5) баланопостит

 Правильный ответ:1

1. **Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача №1**

К врачу дерматовенерологу обратился больной по поводу язвы в области головки полового члена.

 В анамнезе случайная половая связь четыре недели назад.

 При осмотре в области головки полового члена язвочка размером 0.4-0.5 см. округлой формы, с четкими краями, дно ровное, мясо-красного цвета. При пальпации язва безболезненная, в основании прощупывается уплотнение. Регионарные лимфатические узлы размером 1.5\*1.0 см., плотно-эластические, безболезненные, не спаяны с окружающей кожей.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите характерные признаки первичного аффекта.
3. С какими язвенными поражениями гениталий необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Какие мероприятия необходимо провести по контактным лицам?
5. Какие виды лечения заболевания существуют?

**Задача №2**

 К врачу дерматовенерологу обратился больной по поводу язвы в области уздечки полового члена.

 Язву заметил 5 дней назад, смазывал мазью с антибиотиками. При осмотре в области уздечки полового члена язва размером с мелкую горошину, правильной формы, дно ровное, покрыто серозно-гнойным налетом. При пальпации язва безболезненная, в основании прощупывается уплотнение. Паховые лимфатические узлы размером 1.0\*0.3см., плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаяны с окружающей кожей.

Женат. Имеет ребенка двух лет. Случайные половые связи отрицает.

 При обследовании: бледная трепонема в отделяемом язвы не обнаружена. Серологическая реакция крови (МРП) отрицательная.

1. Возможный диагноз.
2. Тактика ведения больного.
3. С какими язвенными поражениями гениталий необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Перечислите атипичные формы первичного аффекта.
5. Подлежат ли обследованию жена и ребенок больного?

**Задача №3**

 К проктологу обратилась больная 25 лет с жалобами на болезненность при акте дефекации. Болезненность незначительная, почувствовала её 2 дня назад. При осмотре на слизистой ануса язва удлиненной формы, размером 0.8-0.2см с ровными плотными краями. Паховые лимфатические узлы не увеличены. Экспресс-диагностика сифилиса (МРП) отрицательная. Проктолог назначил сидячие ванночки с отваром ромашки, смазывание бальзамом Шостаковского. Через 2 недели у больной на коже туловища появилась обильная розеолезная сыпь, полиаденит.

1. Поставьте диагноз больной.
2. Как проктолог должен был поступить?
3. Какие исследования необходимо провести больной?
4. Проведите дифференциальную диагностику розеолезной сыпи у больной.
5. Профилактика заболевания.

**Задача №4**

 К отоларингологу обратилась больная 20 лет по поводу язвы в области миндалины. При осмотре в области левой миндалины имеется язва округлых очертаний размером 0.8-0.8 см., безболезненная, края уплотнены. Лимфоузлы подчелюстные размером 1.0\*0.3 см,. безболезненные, плотно-эластической консистенции.

1. Какова должна быть тактика врача-отоларинголога?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Перечислите пути заражения данным заболеванием.

**Задача №5**

 К урологу обратился больной с жалобами на невозможность открыть головку полового члена. При осмотре головка полового члена не открывается, цвет кожи полового члена синюшно-красный. Консистенция плотная. При легком массаже отделяемое из препуциального мешка гнойное. Паховые лимфоузлы размером 1.5\*1.0 см., плотно-эластические, безболезненные, не спаяны с окружающей кожей.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика уролога.
3. Какое осложнение имеет место в данном случае?
4. Перечислите атипичные формы первичного аффекта.
5. Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения заболевания.

**Ответ к задаче №1**

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Первичный сифилис половых органов.

1. **Перечислите характерные признаки первичного аффекта.**

Язва или эрозия (трещина), правильной геометрической формы (округлая, овальная), уплотнение в основании, цвет сырого мяса, безболезненность, при поскабливании серозное отделяемое.

1. **С какими язвенными поражениями гениталий необходимо провести дифференциальную диагностику?**

Мягкий шанкр, шанкриформная пиодермия, острая язва Чапина-Липшютца, чесоточная эктима, кожный лейшманиоз, раковая язва, туберкулезная язва

молниеносная гангрена половых органов Фурнье, гонорейные, трихомонадные язвы, травматическая язва.

1. **Какие мероприятия необходимо провести по контактным лицам?**

Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, у которых с момента контакта прошло не более 2 месяцев, показано превентивное лечение.

Лицам, у которых, с момента контакта с больным ранним сифилисом прошло от 2 до 4 месяцев, проводится двукратное клинико- серологическое обследование с интервалов в 2 месяца; если с момента контакта прошло более 4 месяцев, проводится однократное клинико – серологическое обследование.

1. **Какие виды лечения заболевания существуют?**

Специфическое, превентивное, профилактическое, пробное.

**Ответ к задаче №2**

1. **Возможный диагноз.**

Первичный сифилис половых органов.

1. **Тактика ведения больного.**

Лабораторные исследования

Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле.

 РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР.

Обязательное обследование половых партнеров. Назначение им превентивного или специфического лечения.

1. **С какими язвенными поражениями гениталий необходимо провести дифференциальную диагностику?**

Мягкий шанкр, шанкриформная пиодермия, острая язва Чапина-Липшютца, чесоточная эктима, кожный лейшманиоз, раковая язва, туберкулезная язва

молниеносная гангрена половых органов Фурнье, гонорейные, трихомонадные язвы, травматическая язва.

1. **Перечислите атипичные формы первичного аффекта.**

Шанкр – амигдалит, шанкр – панариций, индуративный отек.

1. **Подлежат ли обследованию жена и ребенок больного?**

Обследованию подлежит жена.

**Ответ к задаче №3**

1. **Поставьте диагноз больной.**

Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

1. **Как проктолог должен был поступить?**

Проктолог должен был направить больную на консультацию к венерологу.

1. **Какие исследования необходимо провести больной?**

Лабораторные исследования

Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра при микроскопии в темном поле.

 РМП, РИФ, ИФА, РПГА.

ПЦР.

1. **Проведите дифференциальную диагностику розеолезной сыпи у больной.**

С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией,
розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов плошиц.

1. **Профилактика заболевания.**

первичная - работа с группами здоровых людей, предоставление им информации о заболевании с целью изменения их поведения в сторону уменьшения риска инфицирования сифилисом;

вторичная — скрининговое обследование определенных групп
населения, подверженных повышенному риску инфицирования, либо тех групп, в которых заболевание ведет к опасным социальным и медицинским последствиям, а также проведение полноценного специфического лечения с последующим клинико-серологическим наблюдением.

Индивидуальная профилактика обеспечивается использованием барьерных методов контрацепции (презервативов). После случайной незащищенной половой связи может быть осуществлена самостоятельно лицом, подвергшимся опасности заражения ИППП. Проводится с помощью индивидуальных профилактических средств (в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией), к которым относятся хлоргексидин биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин и другие.

**Ответ к задаче №4**

1. **Какова должна быть тактика врача-отоларинголога?**

Врач-отоларинголог должен был направить больную на консультацию к венерологу.

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Первичный сифилис других локализаций.

1. **Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?**

Обнаружение бледной трепонемы с помощью микроскопии в темном поле.
полимеразная цепная реакция (ПЦР)

серологические тесты на сифилис

1. **С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?**

Лакунарная ангина, дифтерия, ангина Венсана

1. **Перечислите пути заражения данным заболеванием.**

Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный.

**Ответ к задаче №5**

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Первичный сифилис половых органов.

1. **Тактика уролога.**

Уролог должен направить больного на консультациюк венерологу.

1. **Какое осложнение имеет место в данном случае?**

Твердый шанкр осложненный фимозом

1. **Перечислите атипичные формы первичного аффекта.**

Шанкр – амигдалит, шанкр – панариций, индуративный отек.

1. **Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения заболевания.**
	* + Пенициллины: дюрантные, средней дюрантности, водорастворимые, полусинтетические
		+ Тетрациклины: доксициклин, тетрациклин.
		+ Макролиды: эритромицин.
		+ Цефалоспорины: цефтриаксон.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Собрать анамнез и эпиданамнез больного сифилисом.

2. Осмотреть кожу, волосы, ногти, видимые слизистые оболочки.

3. Определить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;

4. Провести пальпацию периферических лимфатических узлов.

5. Заполнять экстренное извещение на больных с заразными кожными и венерическими заболеваниями.

6. Проводить дезинфекцию рук и инструментов при работе с больными заразными кожными и венерическими заболеваниями.

7. Практические знания диагностической ценности серологических реакций.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС.**

 1. Классификация сифилиса по МКБ-Х.

 2. Этиология сифилиса. Формы существования бледной трепонемы.

 3. Иммуногенез сифилиса.

 4.Общее течение сифилитической инфекции. Варианты течения сифилитической инфекции.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,вид издания | **Автор (- ы),****составитель (-и),****редактор (ы).** | Место издания, издательство, год.  | Кол-во экземпляров |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
|  1 |  **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **Основная литература** |
| 1 | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К.  | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 **-** Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris  |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**Занятие №10**

**1.Тема:** «Вторичный сифилис. Клиника. Дифференциальная диагностика проявлений вторичного сифилиса на коже и слизистых. Третичный сифилис».

**2. Формы работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**
* **знать:**
* особенности клинических проявлений вторичного периода сифилиса.
* **уметь:**
* собирать анамнез и эпиданамнез у больного сифилисом.
* получать симптом дорсального хряща при сифилисе, симптом облатки, симптом козырька.
* проводить консультирование больных сифилисом.
* **владеть:**
* навыками проведения обследования больного сифилисом.
1. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

1. Вторичный период сифилиса начинается с момента заражения

1) через 1 месяц

2) через 2-3 месяца

3) через 5-6 месяцев

4) через 6-8 месяцев

5) через 1 год

Правильный ответ: 2

2. ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ СВЕЖЕМ СИФИЛИСЕ ОБЫЧНО

1) необильные

2) обильные

3) несимметричные

4) неяркой окраски

5) сгруппированные

Правильный ответ: 2

3. К разновидностям пустулезного сифилида относится

1) псориазиформный сифилид

2) импетигинозный

3) себорейный сифилид

4) узловатый

5) широкие кондиломы

Правильный ответ: 2

4. Дифференциальную диагностику розеолезного сифилида следует проводить

1) с токсикодермией

2) с псориазом

3) с красным плоским лишаем

4) с экземой

5) с контагиозным моллюском

Правильный ответ: 1

5. ДифференциальнаЯ диагностикА розеолезного сифилида

1) красный плоский лишай

2) псориаз

3) пятна от укусов площиц

4) болезнь Девержи

5) рубромикоз

Правильный ответ: 3

6. Сифилитическая мелкоочаговая алопеция возникает через

1) 6 месяцев после заражения

2) 1 неделю после заражения

3) 1 месяц после заражения

4) 2 месяца после заражения

5) 1 неделю после появления твердого шанкра

Правильный ответ:1

7. РАЗНОВИДНОСТИ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ОБЛЫСЕНИЯ

1) мелкоочаговое, диффузное, смешанное

2) мелкоочаговое, язвенно-некротическое, трихофитоидное

3)язвенно-некротическое

4) диффузное

5) трихофитоидное

Правильный ответ: 1

8. СИФИЛИТИЧЕСКАЯ АНГИНА БЫВАЕТ

1) эритематозная

2) лакунарная

3) очаговая

4) разлитая

5) фолликулярная

Правильный ответ: 1

9. ПРИ ВТОРИЧНОМ СИФИЛИСЕ ИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

1) пигментные

2) пятнистые

3) пустулезные

4) бугорковые

5) гуммозные

Правильный ответ: 2

10. ПРИ РЕГРЕССЕ ПАПУЛЕЗНЫХ СИФИЛИДОВ ВОЗНИКАЮЩЕЕ ШЕЛУШЕНИЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ

1) от периферии к центру

2) от центра к периферии

3) по всей поверхности папулы

4) по правой половине папулы

5) по левой половине папулы

Правильный ответ: 2

1. **Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача №1**

 К врачу дерматовенерологу обратился больной 40 лет с высыпаниями на коже туловища. В течение года имеет регулярные половые связи с одной женщиной. При осмотре на коже туловища крупная розеолезная сыпь, мелкоочаговое облысение на волосистой части головы, поредение бровей, вокруг ануса – сгруппированные эрозированные папулы. При осмотре половой партнерши высыпаний на коже и слизистых у неё не обнаружено, периферические лимфатические узлы не увеличены.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика ведения больного.
3. Тактика в отношении половой партнёрши.
4. Возможный диагноз половой партнерши.
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику облысения у больного?

**Задача №2**

 Больная 30 лет обратилась на приём к отоларингологу с жалобами на охриплость голоса. Поставлен диагноз хронического тонзиллита, назначен тетрациклин. На третий день приёма тетрациклина у больной на туловище появилась розеолезная сыпь, которая не сливается, исчезает при надавливании. Цвет розеол розово-красный. Субъективные расстройства отсутствуют. Отоларингологом поставлен диагноз медикаментозной токсикодермии, отменен тетрациклин, назначена гипосенсибилизирующая терапия. Через 5 дней больная была вызвана в кожно-венерологический диспансер как предполагаемый источник заражения больного сифилисом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику розеолезной сыпи у больной.
3. Какие атипичные варианты розеолезной сыпи Вы знаете?
4. Какая стадия заболевания возможна у полового партнера?
5. Индивидуальная профилактика заболевания.

**Задача №3**

 К врачу дерматовенерологу обратился больной 40 лет с жалобами на высыпания на коже туловища. При осмотре на коже туловища множественная мелкая розеолезная сыпь, в области ладоней и подошв папулы. Вокруг ануса гипертрофические, эрозивные папулы. Выражен полиаденит. В области уздечки полового члена рубчик размером 0.2-0.3 см. Женат. Имеет двух детей в возрасте 3-х и 10 лет.

1. Какой следует поставить диагноз?
2. Какие клинические проявления характерны для данного заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Какие варианты папулезной сыпи Вы знаете?
5. Тактика врача в отношении жены и детей больного.

**Задача №4**

 У больного «А» на коже мошонки и вокруг ануса единичные папулы синюшного цвета величиной с мелкую горошину, поверхность папул эрозирована. В углах рта мокнущие папулы. Волосы на волосистой части головы диффузно поредели. МРП (4+).

У его половой партнёрши «С» на коже туловища обильная мелкая розеолезная сыпь. На задней спайке больших половых губ – эрозия овальной формы мясо-красного цвета. Полиаденит, особенно выражены паховые лимфоузлы. Они подвижны, безболезненны. Половая связь с «А» в течение трех месяцев.

1. Поставьте диагноз больному и его половой партнерше.
2. Кто из них является источником заражения?
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику папулезной и пятнистой сыпи.
5. Индивидуальная профилактика заболевания

**Задача №5**

 К дерматовенерологу обратилась больная с жалобами на высыпания на половых губах.

 При осмотре на гребнях больших половых губ плотные папулы синюшно-красного цвета, часть из них мацерирована. Вокруг ануса гипертрофические папулы с вегетациями на поверхности. На коже живота единичные лентикулярные папулы синюшно-красного цвета. Полиаденит.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите исходы полового контакта с больным данным заболеванием.
3. Какие разновидности папулезных высыпаний при данном заболевании Вы знаете?
4. Проведите дифференциальную диагностику высыпаний в области ануса.
5. Перечислите пути заражения данным заболеванием.

**Задача №6**

 К отоларингологу обратилась больная 18 лет с жалобами на осиплость голоса, незначительную болезненность при глотании, появившиеся неделю назад; недомогание, утомляемость.

 При осмотре полости рта на миндалинах обнаружены белесоватого цвета папулы величиной до горошины.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика отоларинголога в отношении больной.
3. Перечислите возможные проявления заболевания на слизистой оболочке полости рта.
4. Перечислите атипичные формы первичного аффекта.
5. Методы лабораторной диагностики данного заболевания

**Ответ к задаче №1**

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

1. **Тактика ведения больного.**

Лабораторные исследования

Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле.

 РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР.

1. **Тактика в отношении половой партнёрши.**

Обязательное обследование: серологические реакции на сифилис, исключение висцеральной патологии и патологии ЦНС.

1. **Возможный диагноз половой партнерши.**

Ранний сифилис скрытый.

1. **С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику облысения у больного?**

С диффузной алопецией неспецифической этиологии, крупноочаговой алопецией,
себорейным облысением, рубцующей алопецией (псевдопеллада Брока), трихомикозами, дискоидной и диссеминированной красной волчанкой.

**Ответ к задаче №2**

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

1. **Проведите дифференциальную диагностику розеолезной сыпи у больной.**

С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией,
розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов плошиц.

1. **Какие атипичные варианты розеолезной сыпи Вы знаете?**

Сливная, шелушащаяся, возвышающаяся, зернистая.

1. **Какая стадия заболевания возможна у полового партнера?**

Первичный сифилис

1. **Индивидуальная профилактика заболевания.**

Индивидуальная профилактиказаболеванияобеспечивается использованием барьерных методов контрацепции (презервативов). После случайной незащищенной половой связи может быть осуществлена самостоятельно лицом, подвергшимся опасности заражения ИППП. Проводится с помощью индивидуальных профилактических средств (в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией), к которым относятся хлоргексидин биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин и другие.

**Ответ к задаче №3**

1. **Какой следует поставить диагноз?**

Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

1. **Какие клинические проявления характерны для данного заболевания?**

Пятнистые, папулезные, пустулезные, везикулезные сифилиды; сифилитическое облысение, сифилитическая лейкодерма, остаток твердого шанкра, полиаденит.

1. **С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностик?**

Вторичная лейкодерма от дерматозов, витилиго, результат эндокринных нарушений, производственные или бытовые химические продукты.

1. **Какие варианты папулезной сыпи Вы знаете?**

Ладонно-подошвенный, себорейный, псориазиформный, эрозивный (мокнущий), широкие кондиломы.

1. **Тактика врача в отношении жены и детей больного.**

Обязательное обследование жены и детей больного: осмотр, серологические реакции крови на сифилис. При необходимости консультации смежных специалистов.

**Ответ к задаче №4**

1. **Поставьте диагноз больному и его половой партнерше.**

У обоих вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

1. **Кто из них является источником заражения?**

Источником заражения является больной «А»

1. **Этиология и патогенез заболевания.**

Сифилис – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, свойственное исключительно человеческому роду, возникающее вследствие заражения или врожденной передачи и поражающее все органы и ткани организма. Источником заражения является больной сифилисом. Инфекция передается половым, бытовым, гемотрансфузионным, трансплацентарным и профессиональным путями

Возбудитель заболевания – бледная трепонема имеет вид спирали с 8-14 завитками. Имеются условно-патогенные формы (сапрофиты). Спирохеты встречаются на гениталиях Sp. refringens; Sp. вuccalis, Sp. dentium встречаются в полости рта; все они отличаются от бледной трепонемы подвижностью. Для бледной трепонемы характерны следующие виды движения: поступательное, вращательное, сгибательное, маятникообразное, волнообразное. Бледная трепонема размножается путем поперечного деления. Оптимальные условия для бледной трепонемы - t 37 C; она погибает при t 41 С через 3-6 часов, при t 60 С через 5-20 минут, при t 100 С – мгновенно.

Бледная трепонема ДНК-содержащая, меняет постоянно свой фенотип. Её белковая оболочка способствует выработке разных антител в различные периоды IgM, IgA, IgG (поздние). Обязательным условием для заражения служат входные ворота (нарушение целостности кожи и слизистых). В месте внедрения бледной трепонемы в организм заразившегося человека развивается тканевая реакция на возбудитель, заключающаяся в образовании клеточного инфильтрата из лимфоцитов, плазматических клеток и нейтрофилов. Располагаясь периваскулярно, инфильтрат вызывает сдавление сосудов и нарушает трофику вышележащих слоев кожи (слизистой оболочки). Трофические нарушения усугубляются тем, что трепонема стимулирует пролиферацию эндотелия сосудов, что приводит к сужению их просвета. В результате в области «входных» ворот возникает эрозивный или язвенный дефект кожи с плотным инфильтратом у основания – твердый шанкр.

Для заболевания характерно хроническое течение с периодизацией. Выделяют первичный, вторичный и третичный периоды сифилиса.

1. **Проведите дифференциальную диагностику папулезной и пятнистой сыпи.**

Пятнистый сифилид нужно дифференцировать с острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов плошиц.

Папулезный сифилид у больного «А» (сифилитичесую заеду) необходимо дифференцировать со стрептококковой, кандидозной и арибофлавинозной заедами. Эрозивные папулы с поверхностным кандидозом кожи, эрозивной формой красного плоского лишая.

1. **Индивидуальная профилактика заболевания**

Индивидуальная профилактиказаболеванияобеспечивается использованием барьерных методов контрацепции (презервативов). После случайной незащищенной половой связи может быть осуществлена самостоятельно лицом, подвергшимся опасности заражения ИППП. Проводится с помощью индивидуальных профилактических средств (в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией), к которым относятся хлоргексидин биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин и другие.

**Ответ к задаче №5**

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

1. **Перечислите исходы полового контакта с больным данным заболеванием.**

Заражение и классическое течение сифилиса, незаражение, самоизлечение, длительно бессимптомное течение.

1. **Какие разновидности папулезных высыпаний при данном заболевании Вы знаете?**

Ладонно-подошвенный, себорейный, псориазиформный, эрозивный (мокнущий), широкие кондиломы.

1. **Проведите дифференциальную диагностику высыпаний в области ануса.**

С геморроидальными узлами, вегетирующей пузырчаткой, остроконечными кондиломами.

1. **Перечислите пути заражения данным заболеванием.**

Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный.

**Ответ к задаче №6**

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

1. **Тактика отоларинголога в отношении больной.**

Отоларинголог должен был направить больную к дерматовенерологу

1. **Перечислите возможные проявления заболевания на слизистой оболочке полости рта.**

Сифилитическая ангина (эритематозная, папулезная, эрозивно – язвенная), сифилитическая заеда, папулезный сифилид.

1. **Перечислите атипичные формы первичного аффекта.**

Шанкр – амигдалит, шанкр – панариций, индуративный отек.

1. **Методы лабораторной диагностики данного заболевания**

Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла, в отделяемом эрозивных папул при микроскопии в темном поле зрения.

 РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР.

1. **Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Собрать анамнез и эпиданамнез больного сифилисом.

2. Осмотреть кожу, волосы, ногти, видимые слизистые оболочки больного вторичным сифилисом.

3. Провести пальпацию периферических лимфатических узлов.

4. Заполнять экстренное извещение на больных венерическими заболеваниями.

5. Практические знания диагностической ценности серологических реакций.

**7 . Рекомендации по выполнению НИРС.**

1.Клиника вторичного периода сифилиса. Дифференциальная диагностика вторичных сифилидов.

 2.Клиника третичного периода сифилиса. Дифференциальная диагностика третичных сифилидов.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,вид издания | Автор (- ы),составитель (-и),редактор (ы). | Место издания, издательство, год.  | Кол-во экземпляров |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
|  1 |  2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Основная литература** |
| 1 | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К.  | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности **31.08.32** - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris  |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**Занятие №11**

**1.Тема:** «Ранний и поздний врожденный сифилис. Клинические проявления. Принципы лечения больных сифилисом».

**2. Формы работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**
* **знать:**
* особенности клинических проявлений раннего и позднего врожденного сифилиса.
* **уметь:**
* собирать анамнез и эпиданамнез у матери и отца больного сифилисом ребёнка.
* проводить работу в эпидочаге.
* проводить консультирование больных сифилисом.

**– владеть:**

* навыками проведения обследования больного сифилисом ребёнка.
1. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Выберите один правильный ответ.

1. строго обязательным признаком зубов Гетчинсона являЕтся

1) уменьшенные размеры

2) полулунная выемка на режущем крае

3) сужение режущего края не менее, чем на 2мм относительно шейки зуба

4) бочкообразная форма

5) наличие диастемы

Правильный ответ:3

2. К ПОРАЖЕНИЯМ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ РАННЕМ СИФИЛИСЕ ОТНОСИТСЯ

1) остеохондрит, периостит

2) периостит

3) экзостозы

4) остит

5) артрит

Правильный ответ:1

3. РУБЦЫ РОБИНСОНА-ФУРНЬЕ РАСПОЛОЖЕНЫ

1) на коже спины

2) на в/ч головы

3) на задней стенке глотки

4) вокруг рта

5) в локтевых сгибах

Правильный ответ:4

4. ПРИЗНАКИ РАННЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА

1) симптом Робинсона-Фурнье

2) псевдопаралич Парро

3) триала Гетчинсона

4) саблевидная голень

5) лабиринтная глухота

Правильный ответ:2

5. ДЛЯ СИФИЛИСА ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПАТОГНОМОНИЧНО

1) сифилитическая пузырчатка

2) только папулезная сыпь

3) лейкоплакия слизистых

4) петехиальная сыпь

5) эпидемическая пузырчатка

Правильный ответ:1

6. В «триаду Гетчинсона» при позднем врожденном сифилисе входят

1) гумма твердого неба

2) паренхиматозный кератит

3) саблевидные голени

4) «кисетообразные» зубы (моляры)

5) ягодицеобразный череп

Правильный ответ:2

7. достовернымсимптомом позднего врожденного сифилиса ЯВЛЯЕТСЯ

1) бугорковая сыпь туловища

2) лабиринтная глухота

3) седловидный нос

4) саблевидные голени

5) ягодицеобразный череп

Правильный ответ:2

8. Проявления позднего врожденного сифилиса чащевсего возникают в возрасте

1) от 2 до 4 лет

2) от 4 до 17 лет

3) от 17 до 25 лет

4) от 25 до 35 лет

5) от 35 лет и старше

Правильный ответ:2

9. инфицирование плода у больной сифилисом беременной происходит

1) на 1 -2 месяце беременности

2) на 3 месяце

3) на 4- 5 месяце

4) на 6-7 месяце

5) на 8-9 месяце

Правильный ответ:3

10. РЕНТГЕНОГРАФИЮ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ РЕБЕНКА ДО 3 МЕС ЖИЗНИ

1) не следует делать

2) следует выполнять

3) на усмотрение врача

4) на усмотрение родителей

5) на усмотрение заведующего отделением

Правильный ответ:2

1. **Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача №1**

На прием к педиатру родители привели девочку 11 лет. Они обеспокоены неправильным развитием нижних конечностей дочери, частыми головными болями, слабоумием.

ИЗ АНАМНЕЗА: Родилась вне акушерского стационара, развивалась не отставая в физическом развитии от сверстников. Часто болела простудными заболеваниями, устанавливался диагноз рахита. Мать за год до беременности болела сифилисом, лечение получала в неполном объеме, на серологическом контроле не была.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: Кожные покровы без высыпаний. Лимфоузлы не увеличены. Обращают на себя внимание деформированные нижние конечности в виде саблевидных голеней, увеличенное оволосение кожного покрова. Интеллект не соответствует возрасту. Снижена память.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз
2. Дополнительные методы обследования
3. Тактика в отношении обследования родителей
4. Методы лечения
5. Показания для стационарного лечения

**Задача №2**

На прием к участковому врачу педиатру обратилась мать с 12-летним ребенком с жалобами на снижение слуха, зрения у ребенка, головные боли, ночные боли в нижних конечностях и суставах.

ИЗ АНАМНЕЗА. Известно, что мать болела сифилисом до беременности, лечение получала в частной клинике, родила ребенка с отрицательными серологическими реакциями, проведенными однократно в роддоме.

Педиатром были рекомендованы консультации узких специалистов, в результате чего установлены у ребенка проявления паренхиматозного кератита, лабиринтная глухота, готическое небо и саблевидные голени, множество гумм в области голеней, деформация коленных суставов, отсутствие мечевидного отростка.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз
2. Необходимые методы дообследования
3. Что включает в себя триада Гетчинсона?
4. Критерии диагноза позднего врожденного сифилиса
5. Методы лечения врожденного сифилиса

**Задача №3**

В родильный дом пригласили дерматовенеролога для осмотра новорожденного ребенка в отделении обсервации. Три дня назад родилась девочка с высыпаниями на коже на сроке 36 недель гестации от третьей беременности. На учете в женской консультации мать не состояла, была доставлена скорой помощью в роддом в связи с началом родов. Две предыдущие беременности заканчивались выкидышами.

 При осмотре ребенка на коже ладоней и подошв обильные пузыри с плотным основанием и плотными покрышками с серозным и серозно-гнойным содержимым, на коже туловища единичные розеолезные элементы.

Вес ребенка при рождении 2100 г, рост 46 см. ребенок беспокойный, постоянно плачет. Обращает на себя внимание увеличенный живот ребенка.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз
2. Какие дообследования необходимо провести ребенку?
3. С чем необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Стадии развития сифилитического ринита Гохзингера.
5. Критерии раннего врожденного сифилиса.

**Задача №4**

На прием к дерматологу в детской поликлинике обратилась мать с двухмесячным ребенком с жалобами на появление высыпаний у ребенка на лице. Из анамнеза известно, что ребенок рожден от второй беременности недоношенным, вес при рождении неизвестен, были домашние роды. Мать во время беременности болела сифилисом, лечение получила в неполном объеме, в женской консультации не наблюдалась.

При осмотре ребенка на коже лица в области подбородка, губ, уголков рта диффузное уплотнение кожи со своеобразным блеском, эрозии и трещины, покрытые желтовато-бурыми корочками. При дообследовании в отделяемом эрозий обнаружены бледные трепонемы.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз
2. Как называется состояние на коже после разрешения описанного патологического процесса?
3. Критерии раннего врожденного сифилиса.
4. Диагностические особенности сифилиса плода
5. Основные клинические проявления врожденного сифилиса раннего детского возраста.

**Задача №5**

К ЛОР- врачу детской поликлинике обратилась 12-летняя воспитанница детского дома с жалобами на внезапно возникшее двустороннее снижение слуха. Начало заболевания четко ни с чем не связывает. Накануне появления снижения слуха отмечала головокружение, звон и шум в ушах. При осмотре врач обратил внимание на высокое «готическое небо», ассиметрию ушных раковин и гипертрихоз лба.

ВОПРОСЫ

1. Консультации каких специалистов необходимо назначить ребенку для установления диагноза
2. Перечислите необходимые методы обследования
3. Перечислите достоверные и вероятные признаки позднего врожденного сифилиса
4. Что такое остеохондрит Вегнера?
5. Перечислите возможные дистрофии зубов у больных поздним врожденным сифилисом.

**Ответ к задаче №1**

1. **Ваш предположительный диагноз**

Поздний врожденный сифилис

1. **Дополнительные методы обследования**

Комплекс нетрепонемного (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) теста в

количественном варианте постановки (+ сравнение титров с аналогичны-

ми у матери) и трепонемного (РПГА, ИФА IgM , ИФА IgM+IgG , РИФ абс/200? ИБ IgM ) теста.

1. **Тактика врача в отношении родителей**

Родителей девочки необходимо направить к дерматовенерологу, провести обследование, включающее в себя комплекс нетрепонемного (РМП,

PПP, VDRL) и нескольких трепонемных тестов (РПГА, РИФц, ИФА IgM ,

ИФА IgM+IgG ,, ИБ IgM , ИБ IgG )

1. **Методы лечения**

 Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения

сифилиса.

Пенициллины:

– дюрантные: бициллин–1 (дибензилэтилендиаминовая соль бензилпе-

ни-циллина, иначе – бензатин бензилпенициллин), комбинирован-

ные: бициллин–5 (дибензилэтилендиаминовая и новокаиновая и на-

триевая соли пенициллина в соотношении 4:1);

– средней дюрантности: бензилпенициллина новокаиновая соль;

– водорастворимый: бензилпенициллина натриевая соль кристалличе-

ская;

– полусинтетические: ампициллина натриевая соль, оксациллина натри-

евая соль.

Тетрациклины: доксициклин.

Макролиды: эритромицин.

Цефалоспорины: цефтриаксон.

Препаратом выбора для лечения сифилиса является бензилпенициллин.

1. **Показания для стационарного лечения**

Пациенты с подозрением и установленным диагнозом нейросифилиса, си-

филитическим поражением внутренних органов и опорно-двигательного ап-

парата, дети, больные врожденным и приобретенным сифилисом, подлежат

госпитализации. Госпитализация показана пациентам с осложненным тече-

нием ранних и поздних форм сифилиса, беременным, а также при указании

на непереносимость антибактериальных препаратов. Имеются социальные

показания, в частности, для лиц без определенного места жительства.

**Ответ к задаче №2**

1. **Ваш предположительный диагноз**

Поздний врожденный сифилис

1. **Дополнительные методы обследования**

Комплекс нетрепонемного (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) теста в

количественном варианте постановки (+ сравнение титров с аналогичны-

ми у матери) и трепонемного (РПГА, ИФА IgM , ИФА IgM+IgG , РИФ абс/200? ИБ IgM ) теста.

1. **Что включает в себя триада Гетчинсона?**

Долотообразные зубы, паренхиматозный кератит, специфический лабиринтит.

1. **Критерии диагноза позднего врожденного сифилиса**

Диагноз устанавливается на основании анамнеза матери, клинических

проявлений, данных рентгенологического исследования и результатов серологических реакций (РМП/РПР, ИФА, РПГА, РИБТ, РИФ).

1. **Методы лечения врожденного сифилиса**

Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения

сифилиса.

Пенициллины:

– дюрантные: бициллин–1 (дибензилэтилендиаминовая соль бензилпе-

ни-циллина, иначе – бензатин бензилпенициллин), комбинирован-

ные: бициллин–5 (дибензилэтилендиаминовая и новокаиновая и на-

триевая соли пенициллина в соотношении 4:1);

– средней дюрантности: бензилпенициллина новокаиновая соль;

– водорастворимый: бензилпенициллина натриевая соль кристалличе-

ская;

– полусинтетические: ампициллина натриевая соль, оксациллина натри-

евая соль.

Тетрациклины: доксициклин.

Макролиды: эритромицин.

Цефалоспорины: цефтриаксон.

Препаратом выбора для лечения сифилиса является бензилпенициллин.

**Ответ к задаче №3**

1. **Ваш предположительный диагноз**

Ранний врожденный сифилис. Проявления сифилитической пузырчатки.

1. **Какие дообследования необходимо провести ребенку?**

Комплекс нетрепонемного (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) теста в

количественном варианте постановки (+ сравнение титров с аналогичны-

ми у матери) и трепонемного (РПГА, ИФА IgM , ИФА IgM+IgG , РИФ абс/200? ИБ IgM ) теста.

1. **С чем необходимо провести дифференциальную диагностику?**
* эпидемическая пузырчатка
* ветряная оспа
* токсикодермия
* язвенная пиодермия
1. **Стадии развития сифилитического ринита Гохзингера.**

I стадия (сухая). Значительное набухание слизистой оболочки. Своеобразное затрудненное дыхание.

 II стадия (катаральная). Из носа выделяется слизистый, а в дальнейшем гнойный и кровянистый секрет.

 III стадия (язвенная). Обильные гнойно-кровянистые зловонные выделения, трещины, изъязвления слизистой оболочки носа, приводящие иногда к носовым кровотечениям. Если лечение своевременно не начато, патологический процесс переходит на носовые хрящи и кости и возникает деформация носа(седловидный нос).

1. **Критерии раннего врожденного сифилиса.**

■ более высокая позитивность серологических реакций в венозной крови

ребенка в сравнении с пуповинной кровью;

■ более высокая позитивность серологических реакций в венозной крови

ребенка, взятой на 7–8-й день лечения, в сравнении с кровью матери;

■ макро- и микроскопические изменения плаценты;

■ рентгенологически установленные изменения длинных трубчатых ко-

стей;

■ патологические изменения СМЖ;

■ данные анамнеза: отсутствие лечения или неадекватное лечение матери;

■ положительный тест IgМ-ИФА с кровью ребенка (как дополнительный критерий).

**Ответ к задаче №4**

1. **Ваш предположительный диагноз**

Ранний врожденный сифилис, диффузная папулезная инфильтрация Гохзингера

1. **Как называется состояние на коже после разрешения описанного патологического процесса?**

Рубцы Робинсона-Фурнье

1. **Критерии раннего врожденного сифилиса.**

■ более высокая позитивность серологических реакций в венозной крови

ребенка в сравнении с пуповинной кровью;

■ более высокая позитивность серологических реакций в венозной крови

ребенка, взятой на 7–8-й день лечения, в сравнении с кровью матери;

■ макро- и микроскопические изменения плаценты;

■ рентгенологически установленные изменения длинных трубчатых ко-

стей;

■ патологические изменения СМЖ;

■ данные анамнеза: отсутствие лечения или неадекватное лечение матери;

■ положительный тест IgМ-ИФА с кровью ребенка (как дополнительный критерий).

1. **Диагностические особенности сифилиса плода**
* Нежизнеспособность
* Четкообразная инфильтрация пуповины
* Увеличение веса плаценты
* Увеличение печени и селезенки
* Макро- и микроцефалия
* Недоразвитие подкожной жировой клетчатки
* Малый вес
1. **Основные клинические проявления врожденного сифилиса раннего детского возраста.**
* Умственная и физическая отсталость
* Атрофия зрительного нерва
* Сифилиды на коже и слизистых свойственные вторичному рецидивному сифилису (сгруппированные папулы)
* Паренхиматозный кератит

**Ответ к задаче №5**

1. **Консультации каких специалистов необходимо назначить ребенку для установления диагноза**

Дерматовенеролога,офтальмолога, невролога.

1. **Перечислите необходимые методы обследования**

Комплекс нетрепонемного (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) теста в

количественном варианте постановки и трепонемного (РПГА, ИФА IgM , ИФА IgM+IgG , РИФ абс/200? ИБ IgM ) теста

1. **Перечислите достоверные и вероятные признаки позднего врожденного сифилиса**

Достоверные признаки (триада Гетчинсона):

* долотообразные зубы
* паренхиматозный кератит
* специфический лабиринтит
1. **Что такое остеохондрит Вегнера?**

Остеохондрит Вегнера – это нарушение образования кальция и торможение развития остеобластов, обнаруживается у 85% детей больных ранним врожденным сифилисом в первые три месяца жизни, отмечается в области ребер, лопаток, тазовых костей, костей черепа, но чаще поражает кости верхних и нижних конечностей, нередко сопровождается периоститами. Для практических целей достаточно сделать две рентгенограммы (обоих предплечий с дистальным концом плечевой кости и обеих голеней с дистальным концом бедренной кости.

1. **Перечислите возможные дистрофии зубов у больных поздним врожденным сифилисом.**
* Кисетообразные моляры
* Кисетообразный клык
* Карликовые зубы
* Широкорасставленные верхние резцы (диастема Гоше)
* Рост зуба на твердом небе
* Макро- и микродентия
1. **Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Собрать анамнез и эпиданамнез больного сифилисом.

2. Осмотреть кожу, волосы, ногти, видимые слизистые оболочки ребенка больного врожденным сифилисом.

3. Определить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;

4. Провести пальпацию периферических лимфатических узлов.

5. Заполнять экстренное извещение на больных врожденным сифилисом.

1. **Рекомендации по выполнению НИРС.**

1.Клиника раннего врожденного сифилиса. Дифференциальная диагностика раннего врожденного сифилиса.

 2.Клиника позднего врожденного сифилиса. Дифференциальная диагностика позднего врожденного сифилиса.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,вид издания | Автор (- ы),составитель (-и),редактор (ы). | Место издания, издательство, год.  | Кол-во экземпляров |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
|  1 |  2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Основная литература** |
| 1 | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К.  | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности **31.08.32** - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris  |
| 5 | ЭБС Консультант студента |

**Занятие №12**

**1.Тема:** «Урогенитальные инфекции у детей. Гонорейные и негонорейные вульвовагиниты девочек. Диагностика. Лечение и профилактика».

**2. Формы работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

**- ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.).

**Учебная:**

* **знать:**
* особенности диагностики гонореи у взрослых и детей.
* схемы лечения гонореи у взрослых.
* особенности лечения гонореи у детей.
* проведение контроля излеченности урогенитальных инфекций у детей.
* **уметь:**
	+ провести дифференциальную диагностику клинических проявлений урогенитальных инфекций у детей.
	+ взять патологический материал для выявления возбудителей урогенитальных инфекций.
* провести осмотр половых органов у детей.
* провести осмотр аногенитальной области.
	+ **владеть:**
* диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данные заболевания.
1. **Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Выберите один правильный ответ.

1. НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫМ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ГОНОКОККАМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ, ВЫСТЛАННЫЕ

1) многослойным плоским неороговевающим эпителием

2) переходным эпителием

3) цилиндрическим эпителием

4) многослойным плоским ороговевающим эпителием

5) кубическим эпителием

2. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ГОНОРЕЕ

1) 1-2 дня

2) 3-4 дня

3) 10-14 дней

4) 8-10 дней

5) 5-7 дней

3. ВОЗБУДИТЕЛЕМ МЯГКОГО ШАНКРА ЯВЛЯЕТСЯ

1) Ureaplasmaurealуticum

2) Mycoplasmahominis

3) HаemophilusDucreyi

4) Mycoplasma buccaie

5) Mycoplasmahominis

4. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ЗАРАЖЕНИЯ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ ЛИМФОГРАНУЛЕМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) воздушно-капельный

2) половой

3) фекально-оральный

4) трансплацентарный

5) инъекционный

5. ОСНОВНЫМ ПРОДУКТОМ ФЕРМЕНТАЦИИ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) молочная кислота

2) уксусная кислота

3) муравьиная кислота

4) янтарная кислота

5) масляная кислота

6. С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У ЖЕНЩИН ИССЛЕДУЕТСЯ СОСКОБ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

1) уретры и заднего свода влагалища

2) уретры и цервикального канала

3) цервикального канала и прямой кишки

4) уретры, цервикального канала и прямой кишки

5) уретры

7. С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У МУЖЧИН ИССЛЕДУЕТСЯ

1) соскоб слизистой оболочки прямой кишки

2) соскоб слизистой оболочки уретры

3) соскоб слизистой оболочки уретры и прямой кишки

4) секрет простаты

5) нити в моче

8. ТЕРМИНОМ «КЛЮЧЕВАЯ» КЛЕТКА ОБОЗНАЧАЕТСЯ

1) клетка цилиндрического эпителия, имеющая внутрицитоплазматические включения

2) клетка влагалищного эпителия, покрытая грам-вариабельной мономорфной, упорядоченной палочковой флорой

3) клетка влагалищного эпителия, покрытая сплошь или частично грам-вариабельными коккобациллярными микроорганизмами.

4) клетка влагалищного эпителия, покрытая сплошь или частично грам- положительной палочковой флорой

5) споровая форма микроорганизма

.

9. В диагностике уреаплазмоза применяется

1) тест на уреазу

2) реакция Борде-Жангу

3) реакция Закса-Витебского

4) проба Бальцера

5) обследование с помощью лампы Вуда

10.У девочек наиболее часто гонококком поражаются слизистые оболочки

1) влагалища

2) полости рта

3) цервикального канала

4) матки и придатков матки

5) глаз

1. **Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача №1**

У больного через семь дней после половой связи с посторонней женщиной появились обильные гнойные выделения из уретры, рези при мочеиспускании.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, выделения свободные, гнойные.

При обследовании. В мазках из уретры обнаружены гонококки. 2- стаканная проба Томпсона: в первой порции слизь, гнойные нити.

Больному диагностирована Свежая острая гонорея. Острый передний уретрит.

1. Какие анамнестические данные необходимо выяснять у больных с подобным заболеванием?

2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у мужчин?

3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?

4. Дифференциальная диагностика данного заболевания

5. Цели лечения.

**Задача №2**

Женщина 35 лет обратилась к венерологу по поводу умеренных слизисто – гнойных выделений из влагалища, незначительных резей при мочеиспускании. Половая связь с постоянным половым партнером 10 дней назад.

При обследовании. В мазках из цервикального канала и уретры обнаружены гонококки. При осмотре в гинекологических зеркалах: Гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища. Слизисто – гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища. Отечность, гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто – гнойные выделения из цервикального канала.

Диагностирован свежий подострый эндоцервицит, уретрит гонорейной этиологии.

1. Пути инфицирования данным заболеванием у мужчин, женщин и детей?

2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у женщин?

3. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?

4. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

5. Ведение половых партнеров.

**Задача №3**

У больного через пять дней после половой связи с постоянной половой партнершей появились слизистые выделения из уретры, зуд в области уретры, диспареуния.

При осмотре. Губки уретры отечны, гиперемированы, умеренные слизистые выделения. При обследовании. В мазках из уретры обнаружены трихомонады.

Диагностирован урогенитальный трихомониаз, подострый передний уретрит.

1. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?

2. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?

3. Дифференциальная диагностика данного заболевания

4. Показания для стационарного лечения больных.

5. Рекомендованные схемы лечения неосложненного заболевания.

**Задача №4**

Женщина 27 лет обратилась к венерологу по поводу пенистых, с неприятным запахом выделений из влагалища. Половая связь с незнакомым мужчиной 5 дней назад.

При осмотре в гинекологических зеркалах: Гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища. Жидкие пенистые выделения из влагалища. Гиперемия слизистой оболочки шейки матки.

При обследовании. В мазках из цервикального канала, боковых и заднего свода влагалища обнаружены трихомонады.

Диагностирован урогенитальный трихомониаз, острый эндоцервицит.

1. Какие субъективные симптомы характерны для данного заболевания у женщин?

2. Из каких отделов мочеполовой сферы должен исследоваться материал?

3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?

4. Консультации каких смежных специалистов назначаются больным?

5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

**Задача №5**

На прием к венерологу обратился мужчина 20 лет с жалобами на рези при мочеиспускании, обильные гнойные выделения, появившиеся около пяти дней после случайного незащищенного полового контакта.

1. О каком заболевании может идти речь?

2 . Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?

3. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?

4. Дифференциальная диагностика данного заболевания

5. Показания для стационарного лечения больных.

1. **Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Собрать анамнез и эпиданамнез больного гонореей.

2. Осмотреть мочеполовые органы больных ИППП.

3. Провести пальпацию периферических лимфатических узлов.

4. Заполнять экстренное извещение на больных ИППП.

1. **Рекомендации по выполнению НИРС.**

1. Этиологические и патогенетические факторы развития гонореи.

2. Консультирование пациентов, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путём.

3. Алгоритм обследования больных гонореей: анамнез, общий статус, локальный статус, лабораторная диагностика, дополнительные методы обследования, консультации специалистов.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,вид издания | Автор (- ы),составитель (-и),редактор (ы). | Место издания, издательство, год.  | Кол-во экземпляров |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
|  1 |  2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Основная литература** |
| 1 | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К.  | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности **31.08.32** - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris  |
| 5 | ЭБС Консультант студента |

**Занятие №13**

**1.Тема:** «ВИЧ-инфекция. Проявления на коже и слизистой полости рта».

**2. Формы работы:**

* Подготовка к практическим занятиям.
* Подготовка материалов по НИРС.

**3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

**- ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.).

**Учебная:**

* **знать:**
* особенности диагностики ВИЧ-инфекции у взрослых и детей.
* особенности клинических проявлений на коже и слизистых ВИЧ-инфекции у детей.
* **уметь:**
	+ провести дифференциальную диагностику клинических проявлений на коже и слизистых оболочках ВИЧ-инфекции у детей.
* провести осмотр половых органов у детей.
* провести осмотр аногенитальной области.
	+ **владеть:**
* диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

Выберите один правильный ответ.

1.В КАКОМ ГОДУ СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ВПЕРВЫЕ БЫЛ ОПИСАН И ВЫДЕЛЕН В КАЧЕСТВЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ?

1. 1981 г.
2. 1960 г.
3. 1931 г.
4. 1990 г.
5. 2003 г.

 2.ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ БОЛЕЗНИ, О КОТОРЫХ СООБЩАЛОСЬ В ПЕРВЫХ ПУБЛИКАЦИЯХ, СВЯЗАННЫХ СО СПИД

1. пустулезный псориаз
2. экзема Капоши и атопический дерматит
3. саркома Капоши и пневмоцистная пневмония
4. грибовидный микоз и синдром Сезари
5. дискоидная красная волчанка и неспецифический полиартрит

3.ПЕРВЫЙ ПРЕПАРАТ, ОДОБРЕННЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

1. ацикловир
2. доксициклин
3. панавир
4. зидовудин

 5) аскорбиновая кислота

4.ДЛЯ БОЛЬНЫХ СПИДОМ ХАРАКТЕРНО

1. снижение CD4 и увеличение CD8
2. увеличение CD4 и увеличение CD8
3. снижение CD4 и снижение CD8
4. увеличение CD4 и снижение CD8
5. увеличение пролиферативной активности лимфоцитов при их стимуляции митогенами

5.ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ

1. половой
2. воздушно-капельный
3. бытовой
4. при поцелуях
5. алиментарный

6.НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ВИРУСНЫХ ЧАСТИЦ ВИЧ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В

1. крови и семенной жидкости
2. слюне и грудном молоке
3. моче
4. желчи
5. только в грудном молоке

7. ЧТО НУЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ У БОЛЬНОГО С РАСПРОСТРАНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ ВЕГЕТИРУЮЩЕЙ ПИОДЕРМИЕЙ

1. наличие ВИЧ-инфекции
2. язвенную болезнь желудка
3. глистную инвазию
4. острый аппендицит
5. гипертоническую болезнь

8.МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

1. микроскопия в темном поле
2. иммуноблотинг и ИФА
3. ПИФ
4. РПГА
5. развернутый анализ крови

9. ПРИ КАКИХ ЧАСТОРЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

 1) опоясывающий лишай

 2) красный плоский лишай

 3) псориаз

 4) язвенная болезнь желудка

 5) атопический дерматит

10.ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

1. волосатая лейкоплакия слизистой полости рта и опоясывающий лишай
2. красный плоский лишай и псориаз
3. острая крапивница и синдрои Стивенса-Джонсона
4. системная красная волчанка и склеродермия
5. острый аппендицит
6. **Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача №1**

На прием к дерматологу обратилась 35-летняя женщина с жалобами на высыпания в области коленного сустава и несколько ниже его синюшного цвета без субъективных ощущений на протяжении года. В последнее время стала отмечать значительное прогрессирование процесса, пятна стали превращаться в узелки, что послужило причиной обращения к дерматологу.

Кожный статус. На коже левой голени имеются узелковые элементы со склонностью к слиянию, диаметром от3-4 до 15 мм, плотноэластической консистенции при пальпации , синюшно-буроватой окраски. При диаскопии цвет элементов несколько бледнеет, но не исчезает. Кожа 4 пальцев левой стопы, за исключением мизинца, отличается синюшным оттенком. Субъективных ощущений нет. Отмечается увеличение паховых, подколенных, подмышечных лимфоузлов.

ВОПРОСЫ

1. Какой Ваш предположительный диагноз?
2. Что нужно для его подтверждения?
3. С чем нужно провести дифференциальную диагностику?
4. Перечислите наиболее частые проявления ВИЧ-инфекции?
5. Где происходит репликация ВИЧ после заражения?

**Задача №2**

44-летний мужчина обратился с жалобами на появление высыпаний на головке и внутреннем листке крайней плоти полового члена около 3 месяцев назад. Появление высыпаний четко ни с чем не связывает, из анамнеза известны эпизоды внутривенных введений наркотиков.

Кожный статус. На головке и внутреннем листке крайней плоти полового члена расположены 2 узелка красного цвета, слегка возвышающиеся над уровнем окружающей ткани, диаметром до 3 мм.

 Была произведена биопсия, в которой выявлено: беспорядочно пролиферирующие сосуды и новообразования веретенообразных клеток, между которыми видны свободно лежащие эритроциты.

ВОПРОСЫ

1. Ваш диагноз
2. Дифференциальный диагноз
3. Что учитывается в первую очередь для назначения ВААРТ?
4. Какие Вы знаете категории риска быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции по скорости снижения показателей количества лимфоцитов CD4?
5. В какие сроки происходит образование антител в организме с момента заражения ВИЧ?

**Задача №3**

На прием к терапевту обратился мужчина 23 лет с жалобами на повышение температуры тела, слабость, боли в мышцах, высыпания по всему телу. Заболел около 3 дней назад, начало заболевания четко ни с чем не связывает. Из анамнеза известно, что мужчина практикует гомосексуальные связи.

При осмотре на коже лица, шеи, туловища, конечностей обильная макуло-папулезная сыть розового цвета, не беспокоит. Температура тела 38,2. Отмечается увеличение шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз
2. Дифферециальные диагнозы
3. К какому семейству вирусов относится ВИЧ?
4. Пути передачи ВИЧ-инфекции

**Задача №4**

На прием к педиатру обратился подросток 14 лет с жалобами на часторецидивирующие болезненные высыпания на коже левой половины грудной клетки, периодическое повышение температуры тела до 38°С. Из анамнеза известно, что описанные жалобы впервые появились около полугода назад. Подросток из неблагополучной семьи, около года употребляет инъекционные наркотики.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер с локализацией в области груди слева с переходом на спину. На фоне отечной эритемы сгруппированные эрозии и пузыри с серозным и серозно-геморрагическим содержимым. Местами видны глубокие атрофические рубцы.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Перечислите группы заболеваний кожи характерных для ВИЧ-инфекции.
3. Пути передачи ВИЧ?
4. Какие особенности имеют кожные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции?
5. Какие методы обследования на ВИЧ вы знаете?

**Задача №5**

На прием к дерматологу обратилась мать с 5-летней дочерью с жалобами на высыпания у ребенка на коже и слизистых оболочек ротовой полости и гениталий, сопровождаемые зудом. Ребенок плохо ест, капризничает, отмечается низкая прибавка в весе, часто болеет бронхитами, неоднократно получали лечение по поводу пневмонии. Из анамнеза известно, что ребенок рожден от пятой беременности, первый ребенок в семье. Все предыдущие беременности заканчивались выкидышами. Мать ведет беспорядочную половую жизнь. В женской консультации во время беременности не наблюдалась, были домашние роды.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер с поражением кожи крупных складок (подмышечных, паховых, межъягодичной) в виде очагов мацерации с четкими границами, мокнущей, лакированной, малиново-синюшного цвета поверхностью, белесоватым налетом. На слизистых оболочках щек, неба, на языке, деснах точечные налеты, пленки белого цвета, напоминающие свернувшееся молоко. При их снятии видна эрозированная , кровоточащая поверхность. Язык увеличен за счет отека, нитевидные сосочки сглажены. В уголках рта эрозии с белесоватым налетом. В области гениталий гиперемия слизистой с белым налетом, поверхностными эрозиями. Околоногтевые валики отечны, гиперемированы, болезненные. Ногтевые пластинки бугристые, коричневого цвета, с полосами и вдавливаниями.

ВОПРОСЫ

* 1. Ваш диагноз.
	2. Ваша тактика в отношении ребенка и матери.
	3. Чем обусловлено развитие тяжелых форм аллергодерматозов у ВИЧ-инфицированных?
	4. Перечислите характерные для ВИЧ-инфекции папуло-сквамозные заболевания кожи.
	5. Пути передачи ВИЧ-инфекции.
1. **Перечень практических умений по изучаемой теме.**
2. Этиологические и патогенетические факторы развития ВИЧ-инфекции.
3. Классификация проявлений ВИЧ-инфекции на коже и слизистых оболочках.
4. Консультирование пациентов, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путём.
5. **Рекомендации по выполнению НИРС.**

1. Этиологические и патогенетические факторы развития ВИЧ-инфекции.

2. Консультирование пациентов, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путём.

3. Алгоритм обследования больных ВИЧ-инфекцией: анамнез, общий статус, локальный статус, лабораторная диагностика, дополнительные методы обследования, консультации специалистов.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,вид издания | Автор (- ы),составитель (-и),редактор (ы). | Место издания, издательство, год.  | Кол-во экземпляров |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
|  1 |  2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Основная литература** |
| 1 | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К.  | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности **31.08.32** - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris  |
| 5 | ЭБС Консультант студента |