ФГБОУ ВПО

«Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

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

# ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

сборник ситуационных задач с эталонами ответов для студентов 4 курса, обучающихся по специальности

31.05.03 Стоматология

Красноярск

2018

УДК 616.5+616.97 (076)

ББК 55.8

Д 36

**Дерматовенерология :** сб. ситуац. задач с эталонами ответов для студентов 4 курса, обучающихся по специальности 31.05.03 Стоматология/ сост. Ю.В. Карачёва, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов – Красноярск : КрасГМУ, 2018. – 236 с.

**Составители:** д.м.н., профессор Карачёва Ю.В.,

к.м.н., доцент Яковлева Т.А.,

к.м.н., доцент Бекетов А.М.

Сборник ситуационных задач с эталонами ответов полностью соответствуют образовательно-профессиональной программе для студентов 4 курса, обучающихся по специальности 31.05.03 Стоматология

**Рецензенты:** зав. кафедрой внутренних болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО КрасГМУ им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого д.м.н., профессор Харьков Е.И.

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

**Глава №1. Анатомия, гистология и физиология кожи. ........................... 5**

**Глава №2. Инфекционные и паразитарные болезни кожи ................... 16**

1. Пиодермии. Чесотка. ................................................................................ 16
2. Грибковые заболевания кожи. ................................................................ 21
3. Туберкулез кожи. Лепра. Лейшманиоз. ................................................. 26
4. Вирусные дерматозы. ............................................................................... 32 **Глава №3. Неинфекционные болезни кожи ............................................. 36**
5. Дерматиты. Токсикодермии. Синдром Лайелла. Экзема. .................... 36
6. Кожный зуд. Крапивница. Почесуха. Атопический дерматит. ........... 41
7. Псориаз. Красный плоский лишай. ........................................................ 47
8. Пузырные дерматозы. .............................................................................. 54
9. Диффузные болезни соединительной ткани. ........................................ 57 **Глава №4. Инфекции, передаваемые половым путем. .......................... 64**
10. Сифилис. Первичный сифилис… ........................................................... 64
11. Вторичный сифилис. ................................................................................ 68
12. Третичный сифилис. Врожденный сифилис. Скрытый сифилис. ....... 72
13. Мочеполовые инфекции. Гонорея. Урогенитальный уреаплазмоз. Мочеполовой хламидиоз. Трихомониаз. Болезнь Рейтера.

ВИЧ-инфекция. ............................................................................................. 77

**Глава №5. Эталоны ответов к ситуационным задачам. ....................... 82**

**ГЛАВА №1. АНАТОМИЯ, ГИСТОЛОГИЯ**

**И ФИЗИОЛОГИЯ КОЖИ**

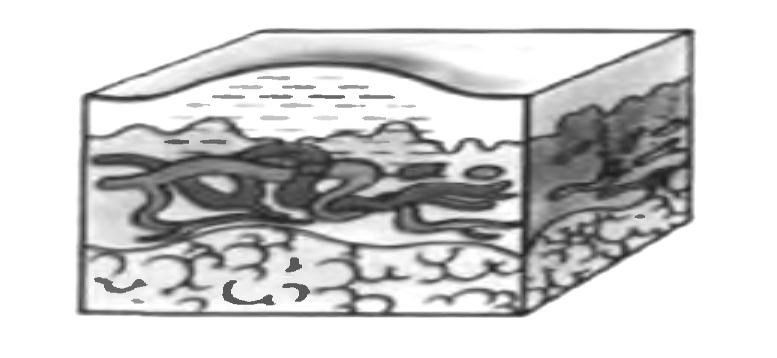
**Задача №1**

На прием к дерматологу обратился больной 35 лет с жалобами на высыпания на коже конечностей и туловища, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Начало заболевания пациент ни с чем не связывает. Считает себя больным в течение 2-3 дней, когда впервые появились высыпания на коже конечностей и туловища. Высыпания появлялись приступообразно, существовали в течение 2-3 часов и затем бесследно исчезали, сопровождались зудом.

Сопутствующая патология: полиноз, аллергическая реакция на пыль в виде насморка. Наследственность не отягощена. Лечился амбулаторно в кожно-венерологическом диспансере по месту жительства, получал антигистаминные препараты пролонгированного действия (фенистилретард, телфаст), сорбенты (полифепан) с временным положительным эффектом. Обращает внимание на отсутствие сезонности в течении заболевания и возникновение обострений процесса при стрессовых ситуациях.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже конечностей и туловища. Высыпания представлены уртикарными элементами различной величины, возвышающимися над уровнем кожи, розово-красного цвета. Дермографизм красный, стойкий, разлитой.



1. Назовите морфологический элемент сыпи, имеющийся у данного больного. Дайте определение.
2. Какие патоморфологические механизмы лежат в основе развития данного морфологического элемента?
3. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
4. Дайте определение понятия «дермографизм». Какие виды дермографизма вы знаете? Приведите примеры.
5. Кожные пробы, методика постановки и оценки результатов.

**Задача №2**

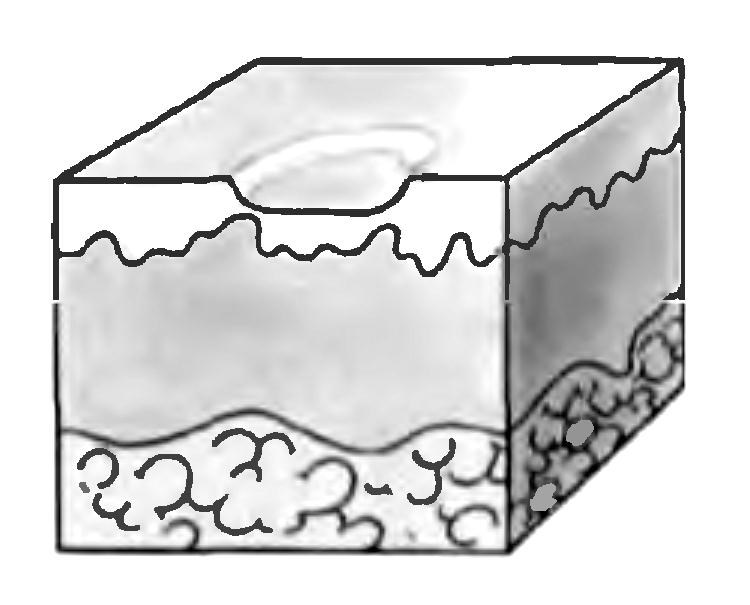
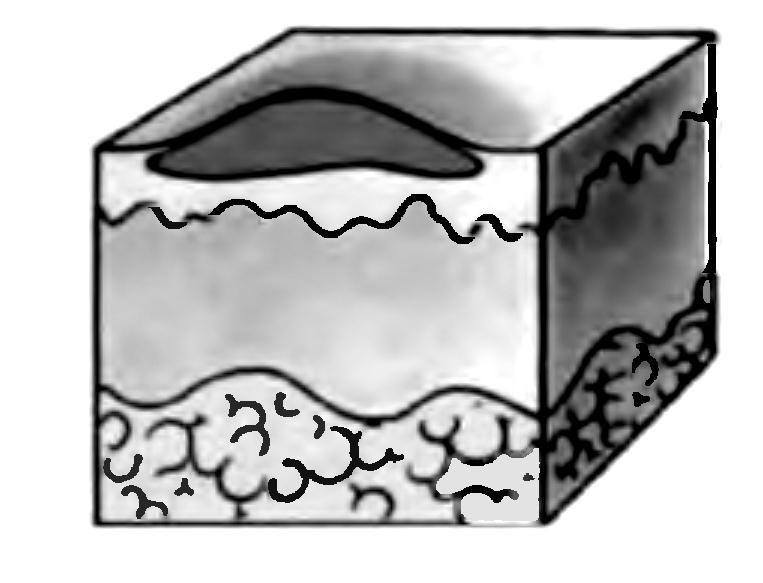
На прием к дерматологу обратился больной 68 лет с жалобами на высыпания, локализующиеся на коже рук, груди и спины.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 4-х дней. Начало заболевания больной ни с чем не связывает. Наследственность не отягощена.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь II степени, риск 2.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже верхних конечностей, груди и спины. Высыпания представлены полостными элементами, содержащими прозрачную жидкость, покрышка элементов дряблая, тонкая, диаметр высыпаний до 1,5 см. Элементы расположены на видимо неизмененной коже. На месте вскрывшихся элементов образуются эрозии.

При цитологическом исследовании мазков-отпечатков были обнаружены акантолитические клетки. Для уточнения диагноза больному была произведена биопсия кожи передней поверхности предплечья. При постановке прямой реакции иммунофлюоресценции было выявлено свечение Ig G между клетками шиповатого слоя. При окраске гематоксилин-эозином в шиповатом слое были обнаружены явления акантолиза.



1. Назовите первичные и вторичные морфологические элементы

сыпи, имеющиеся у данного больного. Дайте им определение.

1. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
2. Дайте определение понятия «акантолиз».
3. Какие виды морфологических элементов вы знаете? Дайте понятие об истинном и ложном полиморфизме. Приведите примеры.
4. Перечислите основные функции кожи.

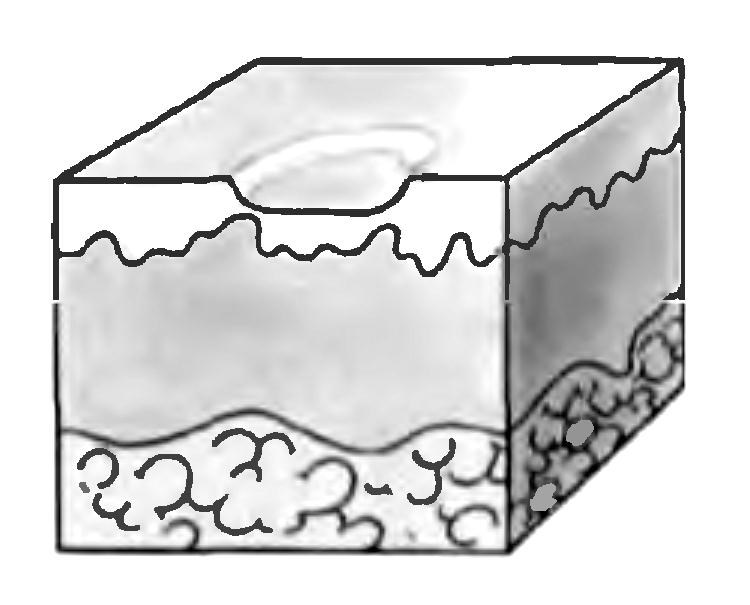
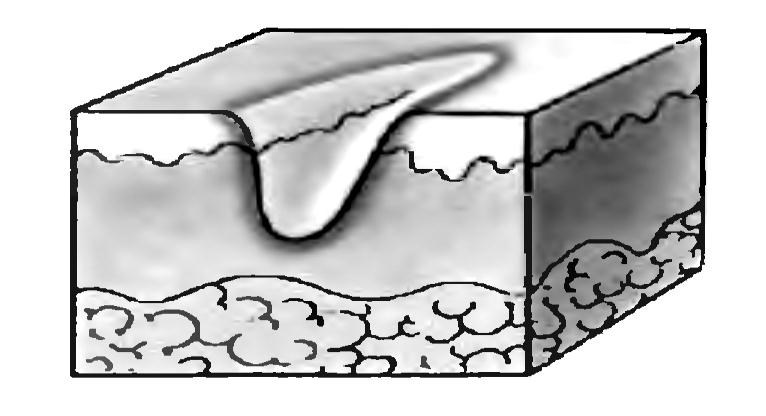
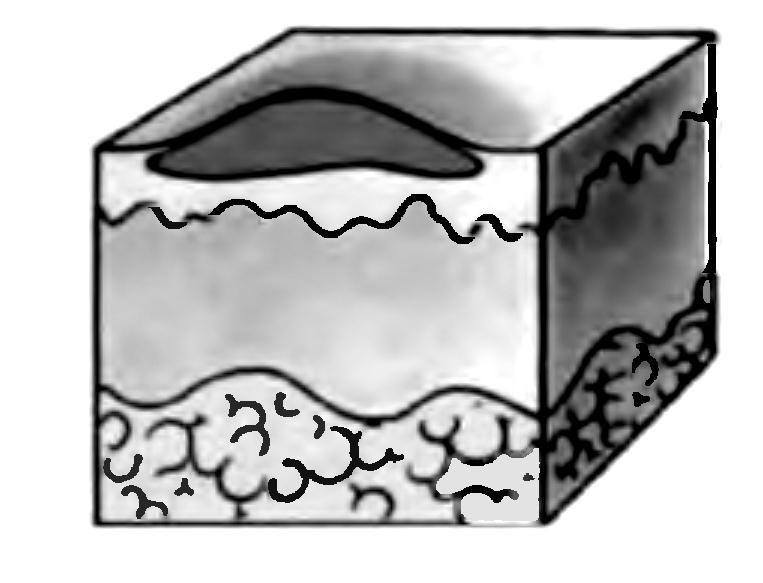
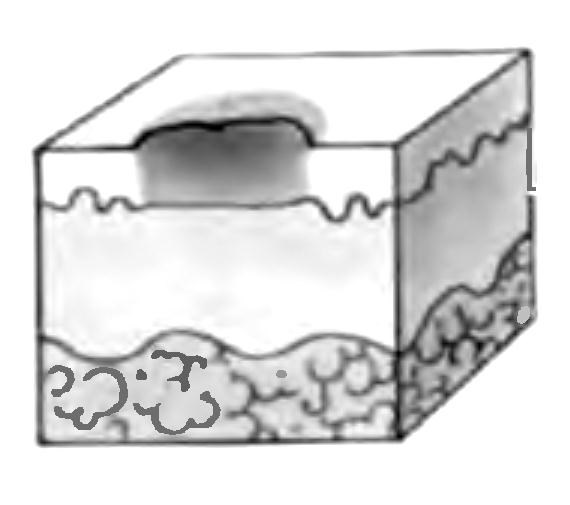
**Задача №3**

Больная 33 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 с 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 папулезных 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.



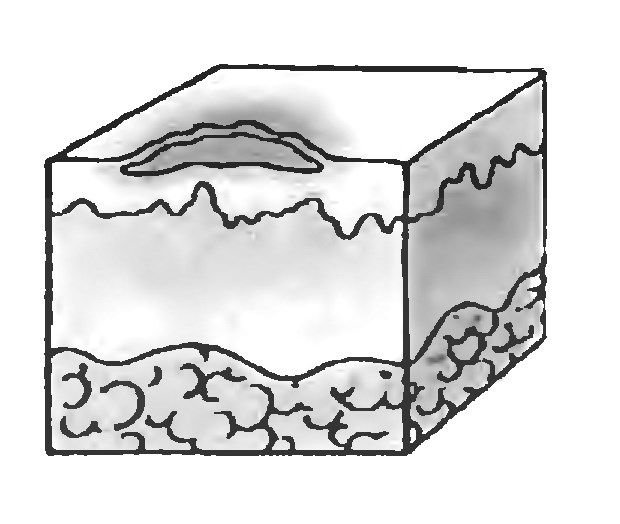
1. Дайте определение морфологическим элементам, имеющимся у данной больной.
2. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
3. Методика определения дермографизма. Какие виды дермографизма вы знаете? Приведите примеры.
4. Какие специальные методы обследования дерматологического больного вы знаете? Приведите примеры.
5. Выпишите рецепт примочки.

**Задача №4**

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, расположенные вне связи с фолликулами. На месте некоторых элементов – корки, пропитанные серозно-гнойным экссудатом.



1. Дайте определение первичным и вторичным морфологическим элементам сыпи.
2. Какие патоморфологические механизмы лежат в основе развития полостного морфологического элемента сыпи?
3. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
4. Как называется глубокая эпидермо-дермальная пустула с глубоким некрозом подлежащего участка дермы?
5. Какие наружные лекарственные формы, применяемые в лечении дерматологического больного, вы знаете? Выпишите рецепт анилинового красителя.

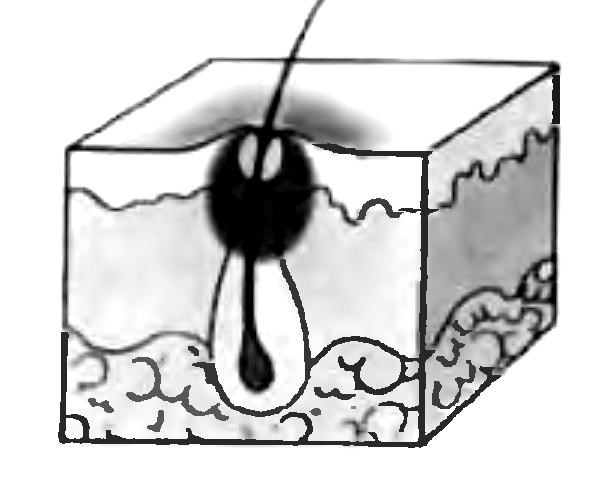
**Задача №5**

Больной 17 лет обратился в ККВД с жалобами на высыпания на коже лица, спины. Субъективные ощущения отсутствуют.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным с 13 лет, когда без видимой причины появились множественные мелкие высыпания на лице. Постепенно процесс принял более распространенный характер. Из опроса больного выяснено, что он злоупотребляет шоколадными конфетами и булочками. Лечился самостоятельно, применял клеросил, спиртовые лосьоны, с незначительным эффектом.

Сопутствующие заболевания отрицает. В анамнезе у отца в переходном возрасте была угревая болезнь.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре на коже лица и спины наблюдаются множественные поверхностные элементы сыпи, имеют конусовидную форму, многие пронизаны волосом в центральной части, где просвечивает гнойное содержимое, диаметр их составляет 1-5 мм. На месте бывших элементов не остается стойких изменений кожи.



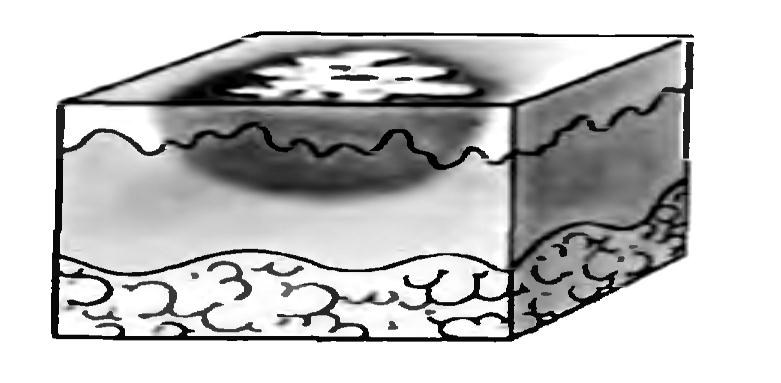
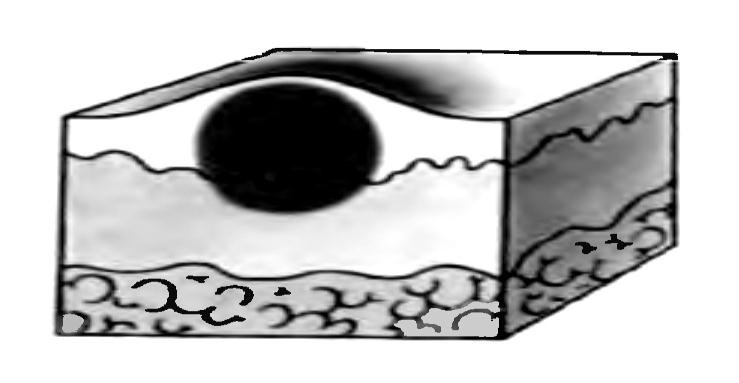
1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи.
2. Какие патоморфологические механизмы лежат в основе развития данных морфологических элементов сыпи?
3. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
4. Что такое «пробное лечение»? В каких случаях оно применяется?
5. Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах кожи.

**Задача №6**

Больной 40 лет поступил на стационарное лечение с жалобами на высыпания на коже верхних и нижних конечностей, туловища, волосистой части головы, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 20 лет. Начало заболевания связывает со стрессовой ситуацией. Первые элементы возникли на коже волосистой части головы, сопровождались зудом. В кожно-венерологическом диспансере был выставлен диагноз псориаза волосистой части головы. Лечился амбулаторно, получал мазевую терапию (дипросалик лосьон, 2% серно-салициловую мазь). В летнее время отмечал полную ремиссию, обострение – в осенне-весенний период. Последнее обострение возникло за месяц до госпитализации, связывает со стрессовой ситуацией на работе. Высыпания приняли распространенный характер.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. Высыпания локализуются на коже верхних и нижних конечностей, туловища, волосистой части головы. Представлены бесполостными, инфильтрированными, возвышающимися над уровнем кожи элементами, ярко-розового цвета, поверхность которых покрыта мелкими, белыми легко отделяющимися чешуйками. Величина высыпаний от 3 мм до 6 см в диаметре. На месте бывших высыпаний сохраняется пигментация.

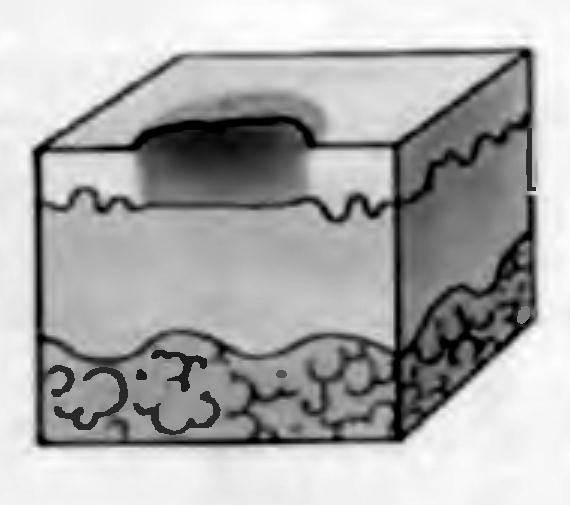
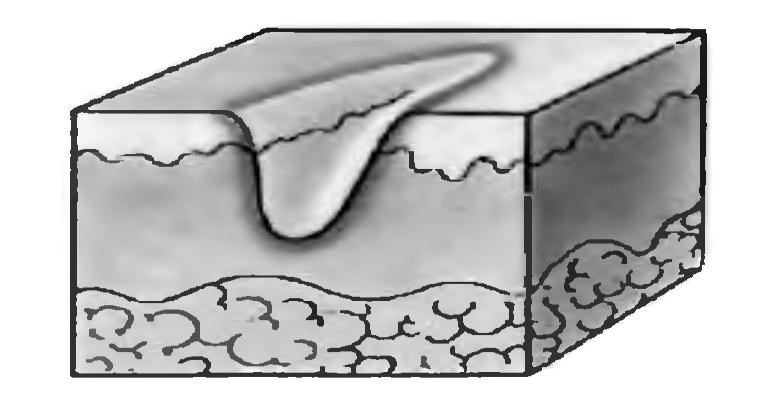
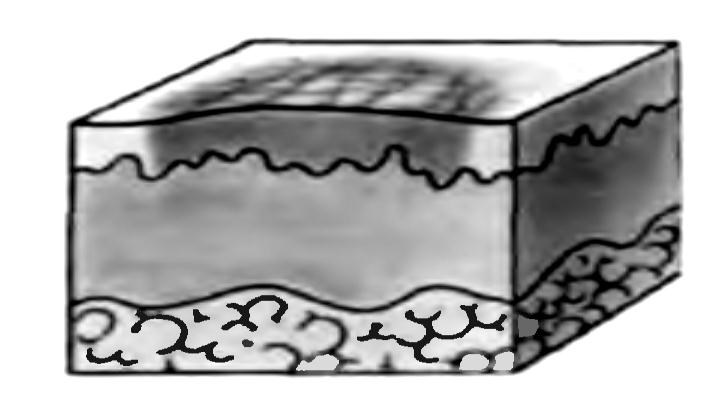


1. Назовите морфологические элементы. Дайте им определение. Как классифицируют данный первичный морфологический элемент?
2. Какой патоморфологический процесс лежит в основе образования данных морфологических элементов.
3. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
4. Какие виды шелушения вы знаете?
5. Дайте определение понятия «граттаж».

**Задача №7**

По направлению из военкомата в ККВД поступил больной 17 лет с жалобами на высыпания в области лица, шеи, рук и ног, сопровождающиеся интенсивным зудом.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. При осмотре кожа в области лица, шеи, сгибательных поверхностей рук и ног, утолщена, уплотнена, гиперемирована, сухая, кожный рисунок усилен. В очагах поражения наблюдаются множественные линейные повреждения, покрытые кровянистыми корочками буроватого цвета.



1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи.
2. Какие элементы обнаруживаются при снятии корок?
3. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
4. Что такое «феномен Кебнера» (изоморфная реакция раздражения)? Как он определяется?
5. Выпишите рецепт цинковой пасты.

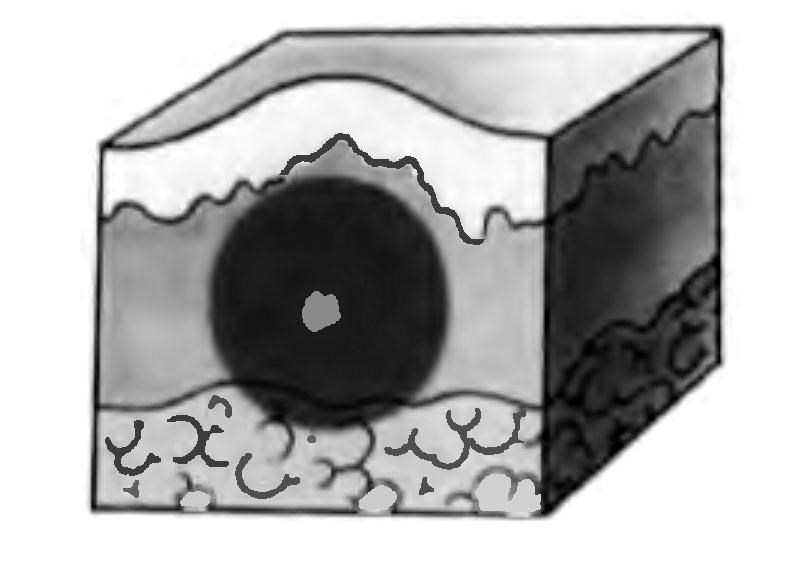
**Задача №8**

В люпозорий на консультацию к больному был вызван дерматолог. Больной поступил в клинику по поводу диссеминированного туберкулеза легких.

ИЗ АНАМНЕЗА. Со слов больного за две недели до поступления больной обратил внимание на появление мелких высыпаний на лице. Ничем не лечился.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре дерматологом на коже лица обнаружены небольшого размера (до 0,3 см в диаметре) бесполостные морфологические элементы. Поверхность элементов гладкая, очертания округлые, цвет желтоватый, консистенция мягкая.

Патоморфологически в дерме определяются множественные гранулемы, состоящие преимущественно из лимфоцитов с примесью эпителиоидных клеток и клеток Пирогова-Лангханса.



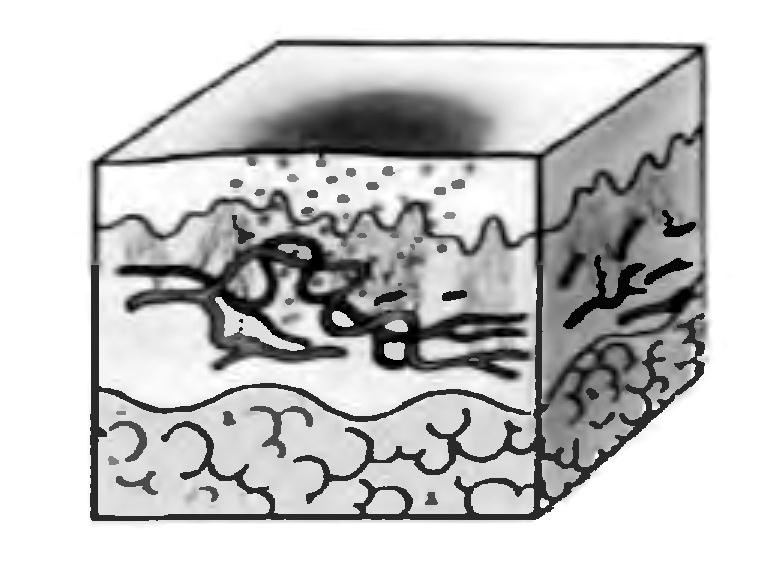
1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи.
2. Какой патоморфологический процесс лежит в основе образования данных морфологических элементов?
3. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
4. Какие вторичные морфологически элементы сформируются в результате эволюции первичных?
5. Выпишите рецепт примочки.

**Задача №9**

На прием к дерматовенерологу обратился больной с жалобами на появление сыпи в области грудной клетки, рук, шеи.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. Высыпания имеют ярко-розовую окраску, не возвышаются над уровнем кожи, поверхность элементов слегка шелушится. Размеры высыпаний варьируют от 0,5 до 1 см в диаметре.

При надавливании предметным стеклом элементы сыпи исчезают.



1. О каких морфологических элементах идет речь?
2. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
3. Дайте классификацию данного морфологического элемента.

Приведите примеры.

1. Дайте определение понятия «диаскопия».
2. Чем представлен нервный аппарат кожи?

**Задача №10**

На прием к дерматологу обратился больной 20 лет с жалобами на образование узлов в левой подмышечной области, повышение температуры тела до 38.5 С, общую слабость, недомогание.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение одной недели, когда после бритья подмышечной впадины безопасной бритвой появилось уплотнение. К врачу не обращался, самостоятельно протирал подмышечную впадину одеколоном.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В левой подмышечной области пальпируется 3 болезненных полушаровидной формы инфильтрата размерами с вишню, в центре которых определяется флюктуация.

Подмышечные лимфатические узлы увеличены в размерах, болезненные при пальпации.

Подвижность руки ограничена.



1. Какие факторы могли способствовать возникновению данного морфологического элемента?
2. Какой патоморфологический процесс лежит в основе образования данных морфологических элементов.
3. Как проводится исследование содержимого пузырей, пузырьков, пустул?
4. Как называется скопление гноя в глубине дермы или подкожной жировой клетчатке?
5. Перечислите слои эпидермиса, дермы.

**ГЛАВА №2. ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ**

**1. ПИОДЕРМИИ. ЧЕСОТКА.**

**Задача №1**

На прием к дерматологу обратился мужчина 34 лет, работник автотехобслуживания, с жалобами на гнойничковую сыпь на коже кистей и предплечий.

ИЗ АНАМНЕЗА. Со слов больной гнойные высыпания периодически появлялись и исчезали на руках в течение последних 2-х лет, однако больной за медицинской помощью не обращался, занимался самолечением (смазывал гнойнички бриллиантовой зеленью). На работе у больного постоянный контакт с машинными маслами.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже кистей и предплечий определяется множество пустул и воспалительных узелков размерами от спичечной головки до горошины. В некоторых местах элементы сливаются в сплошные очаги инфильтрации, покрытые гнойными корочками. Элементы приурочены к волосяным фолликулам, пронизаны волосом. На коже в устьях волосяных фолликулов обнаруживаются черные точки - комедоны.

1. Поставьте диагноз.
2. В чем причина развития заболевания?
3. Составьте план обследования больного.
4. Определите комплекс санитарно-гигиенических мероприятий.
5. Выпишите рецепты для наружной терапии.

**Задача №2**

На прием к дерматологу обратилась больная с жалобами на болезненное уплотнение красного цвета над верхней губой слева. Беспокоит озноб и чувство недомогания.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больна в течение 5 дней. Над верхней губой появился гнойничок. Больная пыталась его выдавить. Через день образовалось болезненное уплотнение величиной чуть больше горошины. Через два дня инфильтрат увеличился, кожа над ним покраснела. Температура тела была 37.8 С. Больную 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 патогенез заболевания.
3. Укажите возможные осложнения данного заболевания.
4. Где должна получать лечение данная больная?
5. Дайте рекомендации больной после клинического выздоровления.

**Задача №3**

На прием к дерматологу обратился больной 35 лет с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся зудом, усиливающимся в ночное время.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 2,5 недель, когда после возвращения из командировки, появились высыпания на руках. Самостоятельно лечился кортикостероидными мазями, эффекта не отмечал. Затем появились высыпания на туловище и ногах. 3 дня назад подобные высыпания появились у жены.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер с локализацией на коже туловища, внутренней поверхности бедер, в межпальцевых складках кистей. Высыпания представлены множественными парными папуло - везикулезными элементами, экскориациями, пустулами, эрозиями, покрытыми гнойногеморрагическими корочками. На коже разгибательных поверхностей локтевых суставов обильные наслоения гнойно-геморрагических корок.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Этиология и патогенез данного заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
5. Назначьте лечение. Выпишите рецепты.

**Задача №4**

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. Этиология и патогенез данного заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
4. План лечения больной (выпишите рецепты).
5. Профилактические мероприятия.

**Задача № 5**

Мужчина 43 лет обратился к дерматологу с жалобами на высыпания на лице в области усов и бороды. Субъективных ощущений нет.

ИЗ АНАМНЕЗА. Со слов больного болен около года. Самостоятельно применял спиртовой раствор борной кислоты без существенного эффекта. После применения горячего компресса количество высыпаний резко увеличилось.

Сопутствующие заболевания: хронический гайморит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, симметричный. Высыпания локализованы на коже лица в области бороды и усов. Кожа в очаге поражения инфильтрирована, багрово-красного цвета, у основания волос усеяна многочисленными мелкими узелками и пустулами. В области подбородка имеются множественные сливные очаги, покрытые гнойными корками, при удалении которых обнаруживается эрозированная легко кровоточащая поверхность. Волосы из очага поражения удаляются легко, безболезненно.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз и какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Составьте план лечения больного.
5. Выпишите рецепты.

**Задача № 6**

К врачу обратилась женщина, 47 лет, кондитер, с жалобами на периодическое появление фурункулов, болезненность высыпаний, общее недомогание, повышение температуры тела до 37,6º С, также на постоянную сухость во рту и жажду, выпивает до 3 - 4 литров жидкости в день.

ИЗ АНАМНЕЗА. Заболевание длится четвертый месяц. Периодически на туловище и руках появляются фурункулы. Причем разрешение одного элемента, сопровождалось появлением другого. Лечилась самостоятельно. Применяла аппликации листьев алоэ на фурункулы, спиртовые протирания. Положительной динамики не отмечала.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, с локализацией на коже рук, спины и ягодиц. Имеются многочисленные узловатые конусовидные инфильтраты, ярко-красного цвета, диаметром от 3 до 5 см, часть из которых в центре имеет сформированный некротический стержень. Некоторые инфильтраты вскрылись с отделением большого количества гнойно-некротических масс. Кроме того, на месте некоторых элементов образовались рубцы.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Составьте план обследования больной.
4. Особенности наружной терапии. Выпишите рецепты.
5. Рекомендации больной после проведения курса терапии.

**Задача № 7**

На прием к врачу обратился мужчина 55 лет с жалобами на появление распространенных высыпаний на коже туловища, конечностей, волосистой части головы.

ИЗ АНАМНЕЗА. Заболел 2 недели назад, после пребывания в деревне у друзей. Первоначально высыпания локализовались на коже разгибательных поверхностей локтевых суставов. В течение недели распространились на кожу всего тела. Самостоятельно ничем не лечился.

Из анамнеза известно, что длительное время принимал цитостатики, злоупотребляет алкоголем.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже разгибательных поверхностей конечностей, ягодиц, волосистой части головы, лица имеются обильные наслоения серовато-грязных корок. Корки плотно сидят на пораженной поверхности, удаляются с трудом. Под ними обнажаются эрозии желтоватого цвета. В области ладоней и подошв выраженный гиперкератоз, который ограничивает движения и симулирует сгибательные контрактуры.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие факторы могут способствовать развитию данной формы заболевания?
3. Общие правила терапии данного заболевания.
4. Особенности лечения данной формы заболевания.
5. Нужно ли проводить противоэпидемические мероприятия при этом заболевании? Если да, то какие?

**Задача № 8**

К дерматологу обратился мужчина 50 лет с жалобами на болезненное образование на задней поверхности шеи, озноб, головную боль, недомогание, повышение температуры тела до 38,5º С.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 3-х дней. Заболевание связывает с сильным переохлаждением. На задней поверхности шеи образовалось болезненное уплотнение величиной с грецкий орех. Через два дня инфильтрат увеличился, кожа над ним покраснела. Температура тела была 38,5º С. Больного стали беспокоить головные боли, общее недомогание. Самостоятельно не лечился.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. На задней поверхности шеи имеется деревянистой плотности инфильтрат размером 3Х3 см, резко болезненный при пальпации. Кожа в окружности инфильтрата багрово-красного цвета, горячая на ощупь, отечная. В центральной части инфильтрата имеется несколько свищевых отверстий, из которых выделяется густой гной с примесью крови и некротических масс.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план лечения.
5. Выпишите рецепты наружных средств.

**Задача № 9**

На прием к врачу обратился мужчина 24-х лет с жалобами на появление язвы на половом члене. Субъективных ощущений нет.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение одного месяца. Заболевание началось с появления небольшого пузырька, быстро вскрывшегося с образованием язвы, безболезненной. Самостоятельно не лечился. Удалось установить, что больной употребляет сильнодействующие наркотики, по поводу чего неоднократно лечился, ВИЧ-инфицирован. Не женат, последние 6 - 7 месяцев половых контактов не было.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже полового члена язва округлых очертаний, размером до 1,5 см в диаметре, блюдцеобразной формы, с гнойным отделяемым. При пальпации в основании определяется плотный инфильтрат, выходящий за пределы язвенного дефекта. Регионарные лимфатические узлы увеличены до 2-х см в диаметре, плотноэластической консистенции, подвижны, безболезненны.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Наметьте план лечения. Выпишите рецепты.

**Задача № 10**

ВККВД обратилась больная 28 лет с жалобами на появление резко болезненного образования в правой подмышечной области, повышение температуры тела до 37,4°С.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 2-х дней. Начало заболевания связывает с бритьем подмышечной области. Самостоятельно не лечилась.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. В правой подмышечной области определяется резко болезненный при пальпации ярко-красного цвета инфильтрат полушаровидной формы размером с лесной орех. В центре инфильтрата флюктуация. Движение руки в правом плечевом суставе затруднено из-за боли. Регионарные лимфатические узлы увеличены до 1 см в диаметре, плотно-эластической консистенции, резко болезненны при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
4. Составьте план лечения больной.
5. Целесообразно ли проведение больной курса антибиотикотерапии?

**2. ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ.**

**Задача №1**

На прием к дерматологу обратился больной 23 лет с жалобами на наличие пятен на коже шеи и груди.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение года. Заметил на коже груди небольшие коричневые пятна. Сначала пятна были единичными и не беспокоили. Со временем пятен стало больше, они увеличились в размере. После загара на их месте остались белые пятна. Обратился к врачу по месту жительства. Было назначено протирание салициловым спиртом. После лечения наступило улучшение, но весной пятна появились вновь. Из сопутствующих заболеваний отмечает вегетоневроз, повышенную потливость.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже верхней половины туловища и шее. Высыпания представлены желтовато-коричневыми пятнами, покрытыми отрубевидными чешуйками. На шее единичные депигментированные пятна, сливающиеся между собой.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Какие инструментальные и лабораторные исследования можно провести для подтверждения диагноза?
4. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
5. Составьте план лечения. Выпишите рецепты.

**Задача №2**

На прием к дерматовенерологу обратился больной 25 лет с жалобами на высыпания на подошвах, в межпальцевых складках стоп, сопровождающиеся зудом.

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 исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?
4. Методы общей и наружной терапии. Выпишите рецепты.
5. Меры общей и личной профилактики.

**Задача №3**

На прием к дерматологу обратился больной 35 лет с жалобами на появление на коже подбородка болезненного узла с гнойным отделяемым, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 37,90 С.

ИЗ АНАМНЕЗА. Заболел 3 недели назад, когда на коже подбородка заметил плотный узел. Занимался самолечением. Смазывал узел настойкой йода. Улучшения не отмечал. Больной работает конюхом. Своё заболевание связывает с чисткой лошадей.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На подбородке узел округлой формы, плотной консистенции. На поверхности узла множество пустул, при надавливании на узел выделяются капельки жидкого гноя. Волосы легко удаляются. Подчелюстные лимфоузлы увеличены до размеров крупной горошины, болезненны при пальпации, мягкой консистенции, с окружающими тканями не спаяны.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо для подтверждения диагноза?
3. Этиология и патогенез данного заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
5. Методы лечения и профилактики.

**Задача №4**

На прием к дерматологу обратился больной 46 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, гормонозависим.

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 предварительный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания с другими дерматозами.
5. Составьте план лечения. Выпишите рецепты.

**Задача №5** На прием к врачу обратилась мама с ребенком 6 лет.

Жалобы на появление очагов облысения на голове и пятен на коже рук, незначительный зуд.

ИЗ АНАМНЕЗА. Две недели назад у ребенка появились очаги облысения на волосистой части головы и пятна красного цвета на коже рук. Подобные высыпания отмечаются у 4-х летней сестры. Имеются домашние животные - кошка и собака. Ребенок посещает детский сад.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже предплечий несколько эритематозных очагов округлой формы, с четкими границами, диаметром до 2 см. В центре очаги покрыты сероватыми чешуйками, по периферии валик из слившихся корочек, папул, пузырьков. На волосистой части головы, в теменной и затылочной областях, два очага облысения до 2,5 см. в диаметре, покрытые серыми асбестовидными чешуйками. Волосы в очагах обломаны на уровне 4-6 мм., окружены беловатым чехликом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Этиология заболевания. Пути передачи болезни.
4. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
5. Наметьте план лечебных и профилактических мероприятий.

**Задача №6**

Больная 46 лет обратилась к дерматологу с жалобой на поражение ногтевых пластинок стоп, боль при ходьбе.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 2-х месяцев, когда впервые заметила шелушение на коже стоп и изменение цвета ногтевых пластинок, сопровождающиеся болезненностью при ходьбе. Самостоятельно не лечилась. Из сопутствующих заболеваний отмечает варикозное расширение вен нижних конечностей.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре кoжa на подошвенных поверхностях стоп диффузно утолщена, кожный рисунок усилен, имеется диффузное отрубевидное шелушение. Ногтевые пластинки I, II и V пальцев левой стопы и все ногтевые пластинки правой стопы утолщены, желтовато-серого цвета. Свободный край ногтевых пластинок неровный, под ногтевыми пластинками имеются сухие крошащиеся массы желтого цвета.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
5. Наметьте план лечебных мероприятий. Выпишите рецепты.

**Задача №7**

Больная 45 лет обратилась к дерматологу с жалобами на появление высыпаний на коже ягодиц и нижних конечностей.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение одного года, когда на коже голеней впервые появились пятна красного цвета, округлой формы, различной величины. Самостоятельно не лечилась. В течение последних 6 месяцев высыпания распространились на кожу бедер и ягодиц.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. На коже голеней, бедер и ягодиц красные шелушащиеся пятна кpyглoй и овальной формы, величиной до 8 см. Пятна сливаются между собой с образованием очагов полициклических очертаний с отечным, вишнево-красного цвета прерывистым периферическим валиком. Кожа в пределах очагов слабо инфильтрирована. В центральной части очагов кожа имеет буроватый оттенок и покрыта мелкими чешуйками, с единичными перифолликулярными папулезными и папуло-пустулезными элементами. Ногтевые пластинки стоп охряно-желтого цвета, утолщены, свободный край ногтевых пластинок крошится.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
5. Профилактика заболевания.

**Задача №8**

К врачу стоматологу обратилась пациентка с жалобами на чувство жжения и болезненность во рту при приеме пищи.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 3-х недель, когда впервые появились жалобы на болезненность при приеме пищи. Заболевание связывает с перенесенной пневмонией, по поводу которой получала антибиотики. Самостоятельно применяла полоскания слизистой оболочки полости рта настоем ромашки без выраженного положительного эффекта.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована. На твердом небе, боковых поверхностях языка, слизистой щек наблюдаются белые островковые налеты, напоминающие «свернувшееся молоко». После снятия налетов под ними обнаруживаются неправильной формы кровоточащие эрозии. В углу рта трещина, покрытая беловатым налетом, окаймленная бордюром отслоившегося мацерированного эпидермиса.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
5. Составьте план лечения. Выпишите рецепты.

**Задача №9**

На прием к дерматовенерологу обратился мужчина 20 лет с жалобами на появление высыпаний и белый налет в области головки полового члена, сопровождающийся зудом и жжением.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 1-го месяца. Самостоятельно применял ванночки с раствором перманганата калия без видимого эффекта.

Из сопутствующих заболеваний отмечает сахарный диабет.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер с локализацией в области головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти. Кожа головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти красного цвета, имеются множественные эрозии полициклических очертаний, покрытые белым творожистым налетом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
4. Назначьте лечение. Выпишите рецепты.
5. Профилактика заболевания.

**Задача №10**

На прием к дерматовенерологу обратилась женщина 58 лет с жалобами на изменение цвета ногтевых пластинок.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 4-х месяцев, когда сначала появились жалобы на болезненность ногтевых валиков, при надавливании из-под которых выделялась капелька гноя, затем изменился цвет ногтевых пластинок. Самостоятельно не лечилась.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Ногтевые пластинки III и IV пальцев правой кисти утолщены, коричневого цвета, бугристые. Околоногтевые валики отечны, синюшно-красной окраски, резко болезненны, при надавливании из-под них выделяется капелька гноя. Эпонихиyм на пораженных пластинках отсутствует.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие еще клинические формы данного заболевания вы знаете?
4. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
5. Назначьте лечение. Выпишите рецепты.

**3.ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ. ЛЕПРА. ЛЕЙШМАНИОЗ.**

**Задача №1**

На прием к врачу 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 легких.

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. План обследования больной.
4. Этиология и патогенез заболевания.
5. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.

**Задача №2**

На прием к врачу обратился мужчина 49 лет с жалобами на появление кольцевидных образований на коже правой щеки, выпадение волос на этом месте.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 2 месяцев. Вначале на правой щеке появились мелкие красноватые папулы, которые постепенно слились, образовав фигуру в виде кольца, затем начали выпадать волосы на месте поражения.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже правой щеки имеются мелкие красновато-синюшные, плоские, полигональные, шелушащиеся папулы, слившиеся в виде кольца. В очаге заметно выпадение волос. Болевая, тактильная, термическая чувствительность на этом месте снижена.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
4. Наметьте план лечебных мероприятий, выпишите рецепты.
5. Вспомогательные тесты при диагностике данного заболевания.

**Задача №3**

На прием к врачу обратился мужчина 45 лет с жалобами на появление на лице красноватых пятен, повышение температуры до 37,80 С.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 1 недели, когда на коже лица появились красноватые пятна, окруженные безболезненными бугорками, повысилась температура.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже лица имеются округлые эритематозные пятна с блестящей поверхностью. Вокруг пятен безболезненные, плотноэластические бугорки. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие данные клиники и анамнеза подтверждают диагноз?
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
4. Прогноз при данном заболевании.
5. Профилактика заболевания.

**Задача №4**

Больной 14 лет поступил с жалобами на появление образования на боковой поверхности шеи слева.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен в течение 8 месяцев. Лечился у дерматолога по поводу хронической пиодермии. Мать болеет туберкулезом легких.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже боковой поверхности шеи слева в подчелюстной области имеется очаг размером 3х4 см, представляющий расположенный в подкожной жировой клетчатке бугристый конгломерат из спаянных между собой узлов овальной формы, фиолетово-красного цвета, мягкой консистенции, безболезненный при пальпации. На поверхности конгломерата имеются язвы, неправильной формы с гладкими синюшными подрытыми краями, умеренным гнойным отделяемым, покрытые грануляциями и жидким крошащимся творожистым распадом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
4. План обследования больного.
5. Наметьте план лечебно-профилактических мероприятий, выпишите рецепты.

**Задача №5**

Больной 25 лет обратился к дерматологу с жалобами на появление высыпаний на коже руг, ног, ягодиц.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 2-х лет, когда на коже рук впервые появились узелки, гнойнички, корочки. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью не обращался. В течение последних 6-ти месяцев высыпания распротранились на кожу ног, ягодиц. Отмечает ухудшение состояния зимой и улучшение в теплое время года. В период обострения, длящийся в среднем 1-1,5 месяца, отмечает повышение температуры, недомогание, боль в суставах. Между приступами общее состояние не страдает.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. Высыпания локализуются на коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, ягодиц. Представлены плотными узелками бледно-красного цвета, в центре некоторых из них имеются пустулы, других - некротическая коричневатая корка. В результате эволюции ранее существовавших узелков остались белые, ровные («штампованные») рубчики.

Феномены «зонда» и «яблочного желе» отрицательные.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
4. План обследования больного.
5. Наметьте план лечебных мероприятий.

**Задача №6**

На прием к врачу обратился больной 42-х лет с жалобами на высыпания на коже лица сопровождающиеся резкой болезненностью.

ИЗ АНАМНЕЗА. Восемь месяцев назад на коже подбородка, углов рта, щек появились высыпания красного цвета, мелкие, выступающие над поверхностью кожи. Лечился сам, смазывал кортикостероидными мазями. Эффекта от лечения не было.

Известно, что больной четыре года страдает туберкулезом легких, по поводу которого прошел курс лечения и состоит на диспансерном учете. Реакция Манту положительная.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже углов рта, крыльев носа и щек имеются многочисленные, милиарные, желто-коричневого цвета бугорки, пустулы и язвы. Язвы с фестончатыми, мягкими, слегка подрытыми краями, бледно-красного цвета и неровным зернистым дном, имеющим вялые, серые грануляции, кровоточащие, покрытые скудным, серогнойным налетом. На дне и вокруг язв казеозно перерожденные желтого цвета бугорки.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Назовите характеные признаки забалевания.
3. Пути передачи заболевания.
4. Какие осложнения при данном заболевании вы знаете?
5. Проведите дифференциальную диагностику с бугорковым сифилидом.

**Задача №7**

На прием к врачу обратился больной 56 лет, житель Средней Азии, с жалобами на высыпания на коже лица, туловища, конечностей, деформацию фаланг кистей, поражение мышц лица.

ИЗ АНАМНЕЗА. Свое заболевание ни с чем не связывает. Несколько лет назад на коже лица, туловища, конечностей появились пятна, затем узлы. Некоторые узлы распадались с образованием язв. Два месяца назад больной обратил внимание на поражение мышц и костей кистей обеих рук.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже лица, туловища, верхних конечностей имеются многочисленные инфильтраты красновато-ржавого цвета, на поверхности их видны телеангиэктазии, шелушение. Отмечается амиотрофия различных групп мышц лица, по типу “маскообразности”. Лицо больного представляется грустным, мимика отсутствует (“маска святого Антония”) имеется атрофия мелких костей, особенно фаланг. Отмечается нарушение болевой, температурной и тактильной чувствительности.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. Какие продромальные явления данного заболевания вы знаете?
4. Где должен получать лечение больной?
5. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больного?

**Задача №8**

На прием к врачу обратилась студентка 20 лет с жалобами на опухоль в подбородочной области, боль, повышение температуры.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больна около 2-х недель. Сначала появилась припухлость подбородочной области, которая медленно увеличивалась в размерах. Обратилась в поликлинику по месту жительства и была направлена к хирургу. Хирург поставил диагноз - фурункул, но учитывая отсутствие флюктуации, а затем появившуюся язвочку на узле, направил на консультацию к дерматологу. Девушка недавно возвратилась с практики из Таджикистана, где находилась на раскопках.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. В подбородочной области располагается тестоватой консистенции узел размером 4,0 x 4,5 см, в центре которого имеется неправильно - округлых очертаний язва с круто-обрывистыми краями. Дно язвы неровное, зернистое, местами покрыто желто-серым налетом. По краям язвы воспалительно-инфильтрированный ободок. Лимфатические узлы не увеличены. Отмечается лимфаденит с четкообразными утолщениями.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать патологический процесс у данной больной.
5. Методы лечения и профилактики.

**Задача №9**

На прием к врачу обратилась девушка 17 лет с жалобами на уплотнения, язвы и рубцы в области шеи, щек, около ушной раковины справа, слабость, обильное потоотделение в ночное время, частое повышение температуры тела.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной считает себя около года, когда появилась слабость, порой беспокоил кашель. Вскоре заметила, что в области шеи, а затем и на щеках появилось несколько безболезненных плотных узлов. Кожа над узлами была синюшного цвета, они быстро увеличивались в размерах. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно смазывала бриллиантовой зеленью. Вскоре узлы “вскрылись” с выделением небольшого количества гноя, а затем покрылись корками. Часть язв зарубцевалась. Известно, что больная лечилась, а в настоящее время состоит на учете по поводу туберкулеза легких.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на коже в области шеи, на щеках, околоушной раковины справа, представлен язвами и рубцами. Язвы неправильной округлой формы, поверхностные, с мягкими, тонкими, нависающими краями, малоболезненные синеватокрасного 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 язвы. Реакция Манту резко положительная.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать патологический процесс у данной больной?
3. Какие патогенетические и этиологические факторы могли способствовать развитию этого заболевания?
4. Наметьте план лечебных мероприятий.
5. Прогноз заболевания.

**Задача №10**

Больная 34 лет обратилась к дерматовенерологу с жалобами на появление высыпаний на коже нижних конечностей, ягодиц.

ИЗ АНАМНЕЗА. Два года назад на коже голеней и бедер появились плотные глубоко расположенные узлы, обширные инфильтраты, слегка болезненные. Самостоятельно не лечилась.

Известно, что больная четыре года страдает туберкулезом легких, по поводу которого прошла курс лечения и состоит на диспансерном учете. Реакция Манту положительная.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуясь на коже голеней, бедер, ягодиц. Симметричный. Высыпания представлены глубоко расположенными в подкожной жировой клетчатке инфильтратами синюшно-красного цвета, размером от лесного ореха до томата. В результате эволюции предшествующих элементов на коже голеней имеются очаги кольцевидной атрофии и пигментации.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать патологический процесс у данной больной?
4. Какие патогенетические и этиологические факторы могли способствовать развитию этого заболевания?
5. У какого специалиста должна получать лечение и состоять на учете больная?

**Задача №11**

На прием к врачу обратилась врач-фтизиатр. Жалуется на появление на тыле кистей высыпаний.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 2-х месяцев. Пробовала лечиться самостоятельно, смазывая элементы бриллиантовой зеленью. Результатов данное лечение не дало.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, симметричный. На коже тыла кистей имеются папулы с четкой границей, в центре – трещины, по периферии отечная желтоватая блестящая зона.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Назовите клинические варианты данного заболевания.
5. С чем необходимо дифференцировать?

**4. ВИРУСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ.**

**Задача №1**

На прием к дерматологу обратился больной 24 лет с жалобами на болезненные высыпания на коже груди, повышение температуры тела, недомогание.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение нескольких дней, когда после резкого переохлаждения появились пузырьки на правой половине грудной клетки, сопровождающиеся повышением температуры тела, общей слабостью. В течение последних трех дней приступообразно возникали новые высыпания, болезненность резко усилилась. Подобные высыпания отмечал 6 месяцев назад.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диффузный характер. Асимметричный. На правой половине грудной клетки с переходом на правую лопатку по ходу межреберных нервов на фоне отечной эритематозной кожи сгруппированные пузырьки с серозным содержимым, эрозии, серозные корочки.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
4. Составьте план лечения больного. Выпишите рецепты.
5. Какие атипичные формы данного заболевания вы знаете?

**Задача №2**

Больной 32 лет обратился к дерматовенерологу с жалобами на жжение и зуд в области головки полового члена.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 1-й недели, когда впервые появились жалобы на чувство дискомфорта, жжения и умеренного зуда в области полового члена. Подобные жалобы возникали и в прошлом с интервалами в 1-2 месяца. Высыпания самостоятельно разрешались в течение 7-10 дней. 2 дня назад появились высыпания в области головки полового члена. Последнее обострение связывает с переохлаждением организма. Самостоятельно не лечился.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. При осмотре заголовочной борозды полового члена отмечаются эрозии с фестончатыми очертаниями, на слегка отечном гиперемированном фоне. Паховые лимфатические узлы справа увеличены до 1,5 см в диаметре, болезненны при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания. 3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
3. Составьте план лечения больного.
4. Выпишите рецепты.

**Задача №3**

На прием к дерматологу обратилась больная 25 лет с жалобами на высыпания на верхней губе.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 3-х дней, когда после перенесенной пневмонии появилось чувство жжения в области верхней губы, общее недомогание, головная боль. 2 дня назад появились пузырьки, усилилось чувство жжения, зуда. Самостоятельно не лечилась.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. В области красной каймы верхней губы на гиперемированном отечном фоне имеются сгруппированные, величиной от 2 до 3 мм в диаметре пузырьки, заполненные серозным содержимым.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику

данного заболевания с другими дерматозами.

1. Составьте план лечения больного.
2. Выпишите рецепты.

**Задача №4**

На прием к гинекологу обратилась пациентка 18 лет с жалобами на появление болезненных высыпаний в области гениталий, повышение температуры тела до 37,5˚ С, озноб.

ИЗ АНАМНЕЗА. Со слов больной через 7 дней после незащищенного полового акта с малознакомым мужчиной появились жалобы на чувство дискомфорта, жжения и зуда в области гениталий, повышение температуры тела до 37,5˚ С. 3 дня назад появились множественные пузырьки в данной области, сопровождающиеся умеренным зудом, болезненностью, жжением.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. На внутренней поверхности малых и больших половых губ, в области вульвы, клитора, ануса, промежности на гиперемированном и отечном фоне располагаются множественные эрозии и язвочки округлой формы с венчиком гиперемии и обрывками покрышек пузырьков по периферии, резко болезненные при пальпации, практически не отличающиеся по плотности от окружающей ткани.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания. 3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
3. Составьте план лечения больного.
4. Выпишите рецепты.

**Задача №5**

В амбулаторию клиники обратилась женщина 22-х лет с жалобами на высыпания в области живота и лобка.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение нескольких месяцев, когда впервые появились высыпания на коже живота и лобка. Субъективными ощущениями не сопровождались. Самостоятельно не лечилась.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. В области живота и лобка на фоне неизмененной кожи имеются множественные, гладкие полупрозрачные и серовато-желтые, с розовым оттенком узелки полушаровидной формы, диаметром от 2 до 4 мм. В центре некоторых крупных узелков имеется пупкообразное вдавление. При сдавлении пинцетом из узелков выделяется кашицеобразная творожистая масса беловатого цвета. При ее микроскопическом исследовании найдены овоидные тельца.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
4. Составьте план обследования и лечения больного.
5. Выпишите рецепты.

**Задача №6**

На прием к гинекологу обратилась пациентка 32 лет с жалобами на болезненные высыпания в области гениталий.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 3-х месяцев. Заболевание связывает с половым контактом с малознакомым мужчиной (ведет активную половую жизнь). Самостоятельно не лечилась. В течение последнего месяца поверхность высыпаний эрозировалась, что сопровождалось резкой болезненностью.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На внутренней поверхности больших половых губ, на малых половых губах, в области клитора, у входа во влагалище, на промежности, вокруг заднего прохода имеются множественные массивные дольчатые образования, представляющие собой сосочковые разрастания на широком основании, напоминающие по своему виду цветную капусту. Поверхность их мацерирована, имеет розово-белесоватый цвет, местами эрозирована, при надавливании кровоточит.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания. 3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
3. Составьте план лечения больного.
4. Выпишите рецепты.

**Задача №7**

К дерматовенерологу обратился подросток 14 лет с жалобами на высыпания на коже подошв.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 4-х месяцев. Когда впервые появились высыпания в области стоп, безболезненные. Самостоятельно не лечился.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. Появились множественные округлые и овальные невоспалительные папулы с гладкой поверхностью, цвет их практически не отличается от цвета здоровой кожи. Величина колеблется от 1 до 3 мм.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания. 3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
3. Составьте план лечения больного.
4. Выпишите рецепты.

**ГЛАВА №3. НЕИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ**

**1. ДЕРМАТИТЫ. ТОКСИКОДЕРМИИ. СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА. ЭКЗЕМА.**

**Задача №1**

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.

**Задача №2**

К дерматологу обратилась больная 23-х лет с жалобами на высыпания на коже рук, сопровождающиеся умеренным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 4-5 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. Изложите основные патогенетические механизмы развития болезни.
3. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
4. Назначьте лечение. Выпишите рецепты.
5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

**Задача №3**

На прием к дерматологу обратилась женщина 32-х лет с жалобами на высыпания на коже кистей, 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 2-х месяцев сыпь на кистях полностью не исчезает, несмотря на исключение контактов со стиральным порошком.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс симметричный, локализуется на коже тыла 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 данного заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
4. Врачей каких специальностей Вы привлекли бы к решению вопросов диагностики, лечения и профилактики?
5. Составьте план лечения данной больной (выпишите рецепты).

**Задача №4**

К дерматологу обратилась больная 35 лет с жалобами на высыпания на коже рук и красной кайме губ, в полости рта.

ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания пятен на коже рук заметила 2 дня назад после приёма сульфалена по поводу цистита. Затем появились болезненные высыпания в полости рта и на красной кайме губ.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже тыльной поверхности кистей синюшно-красного цвета папулы, диаметром от 2 до 3 см., несколько возвышающиеся по периферии. В центре папул пузырь с серозногеморрагическим содержимым. В полости рта на слизистой щек яркокрасные эрозии размером с крупную горошину. На красной кайме губ геморрагические корки. Симптом Никольского отрицательный. Симптом «птичьего глазка» положительный.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
4. Составьте план лечения данной больной (выпишите рецепты).
5. Рекомендации больной после проведения курса терапии.

**Задача №5**

В стационар поступила больная 30 лет с высыпаниями по всему кожному покрову. Субъективно резкая болезненность здоровой и пораженной кожи. Состояние тяжелое.

ИЗ АНАМНЕЗА. Заболевание связывает с приемом лекарственных препаратов по поводу ангины. Получала антибиотики, салицилаты.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит генерализованный характер, поражен весь кожный покровов. Кожа имеет вид «ошпаренной кипятком». На фоне эритемы располагается большое количество дряблых пузырей. Содержимое пузырей серозное. Определяется положительный симптом Никольского. При прикосновении и слабом трении кожи происходит отслойка эпидермиса. Эпидермис сморщивается под пальцами (симптом «смоченного белья»), легко отторгается с образованием обширных эрозий.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания.
3. Чем обусловлены патогномоничные симптомы данного заболевания?
4. В каком отделении стационара должна находиться больная?
5. Составьте план лечения данной больной.

**Задача №6**

К дерматологу обратилась больная 18 лет с жалобами на обильное шелушение кожи волосистой части головы, высыпания на коже лица, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение года. Сначала появилась обильная жирная «перхоть» на голове, затем покраснение за ушными раковинами, на лице. Самостоятельно лечилась мазью «Элоком», использовала шампунь «Низорал». На фоне лечения наблюдалось временное незначительное улучшение. Около 2-х месяцев назад высыпания на коже усилились и стали больше беспокоить.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на коже волосистой части головы, лица, заушных складок. На коже лица, волосистой части головы, чешуйки желтоватого цвета, рыхлые корочки, после снятия которых обнажается мокнущая поверхность, за ушными раковинами кожа отечная, гиперемирована, мокнет, покрыта корками, имеются длинные трещины.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
4. Назначьте лечение. Выпишите рецепты.
5. Рекомендации больной после клинического выздоровления.

**Задача №7**

К дерматологу обратился больной 65 лет по поводу высыпаний на коже левой голени, умеренного зуда.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен в течение 2-х месяцев. Первоначально на коже голени, на месте травмы, появились гнойнички, затем присоединилась краснота и уплотнение в области очага поражения, очаг стал увеличиваться в размерах, покрываться корками коричневатожелтого цвета. Самостоятельно ничем не лечился.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. На коже голени очаг поражения округлых очертаний, резко отграниченный от окружающей кожи. Кожа в очаге поражения имеет синюшно-розоватый цвет, инфильтрирована, отечна, покрыта гнойными корками. По краю очага проходит бордюр отслаивающегося рогового слоя эпидермиса. При удалении корок под ними выявляется мокнущая поверхность, микроэрозии, с серозно-гнойным отделяемым. Выявлено умеренное варикозное расширение подкожных вен левой голени и бедра.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология заболевания.
3. Какие лабораторные методы исследования могут подтвердить причину возникновения заболевания?
4. Особенности лечения острых воспалительных процессов на коже, сопровождающихся мокнутием.
5. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.

**Задача №8**

Женщина 48 лет в лесу наступила на гнездо ос. Получила 3 укуса в левую голень. Спустя примерно 20 мин почувствовала слабость, резкую головную боль, першение и ощущение инородного тела в горле, недостаточность воздуха при дыхании, появились осиплость голоса, отечность лица, особенно губ, век, покраснения и зудящие высыпания на коже. После приема 2 таблеток димедрола состояние улучшилось.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии данного состояния.
3. Чем опасно поражение слизистых оболочек верхних дыхательных путей?
4. Назначьте лечение.
5. Выпишите рецепты.

**Задача №9**

На прием к дерматологу обратилась женщина 37 лет с жалобами на высыпания на коже рук, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 3 месяцев, когда впервые появились высыпания на коже кистей, сопровождающиеся интенсивным зудом. В течение последних 8 лет работает технологом и имеет контакт с синтетическими моющими средствами, кислотами, щелочами, парафиновыми соединениями. Впервые высыпания на коже рук появились около 2 лет назад. Во время отпуска они полностью регрессировали, но появлялись вновь при выходе на работу. Настоящее обострение процесса является самым длительным и имеет максимальную выраженность. Самостоятельно смазывала участки поражения смягчающими кремами без видимого эффекта.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, симметричный. На коже тыла кистей, локтевых сгибов и предплечий имеются обширные очаги гиперемии, отечности, инфильтрации и шелушения. На этом фоне располагаются многочисленные микровезикулы, мокнущие участки. В отдельных очагах имеются серозные и серозно-геморрагические корочки, экскориации.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы дополнительного обследования могут подтвердить данный диагноз?
3. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
4. Профилактика данного дерматоза.
5. Рекомендации больной после клинического выздоровления.

**Задача №10**

К дерматологу обратился больной 35 лет с жалобами на появление высыпаний на коже живота, конечностей, полового члена, повышение температуры тела до 38,5° С, головную боль, насморк, кашель.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен в течение 3-х дней, когда после приема бисептола появились высыпания на коже, сопровождающиеся умеренным зудом. Со слов больного, аналогичные высыпания строго на этих же местах появлялись у него и в прошлом через 1—2 дня после возникновения катаральных явлений и повышения температуры. Самостоятельно ничем не лечился.

При осмотре: температура тела — 38,2° С, разлитая гиперемия зева. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. На коже верхних и нижних конечностей, головки полового члена имеются милиарные, лентикулярные островоспалительные полушаровидные папулы размером от 2 до 5 мм, с четкими границами, розоватой окраски, по периферии розовато-синюшного цвета. Периферическая зона пятен слегка отечна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы дополнительного обследования могут подтвердить данный диагноз?
3. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
4. Назначьте лечение. Выпишите рецепты.
5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

**Задача №11**

В стационар поступил больной 32-х лет с жалобами на высыпания красного цвета на коже рук, ног, слизистой полости рта, губах, слюнотечение, резкую боль при попытке открыть рот.

ИЗ АНАМНЕЗА. Заболел остро. Поднялась температура до 37,5˚С, беспокоила сильная головная боль, недомогание, боль в горле, мышцах, суставах. Самостоятельно начал принимать бисептол и ампицилин. Через 2 дня появились узелки и пузыри на коже тыла кистей, стоп, голеней, затем высыпания появились на коже бедер и в полости рта. Пузыри в полости рта и на красной кайме губ вскрылись через 3дня и на их месте образовались очень болезненные эрозии. Сопутствующие заболевания – хронический гайморит, хронический тонзиллит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. Высыпания расположены на коже тыла кистей, стоп, разгибательных поверхностей предплечий, голеней, бедер, на слизистой полости рта. Высыпания представлены пятнами и папулами розового цвета до 2,0см в диаметре, а также бляшками фиолетово-синюшного цвета с западанием в центре. По расположению элементы сыпи напоминают гирлянды. На туловище - пузыри с серозным содержимым. В полости рта - обширные эрозивные участки. Одни эрозии покрыты желтовато-серым налетом, при снятии которого возникает кровотечение, другие покрыты кровянистыми корками. Из-за резкой болезненности больной не может открыть рот, речь затруднена. Симптом Никольского отрицательный.

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

**2. КОЖНЫЙ ЗУД. КРАПИВНИЦА. ПОЧЕСУХА. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ.**

**Задача №1**

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

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение 3-х дней, когда после приема антибиотиков по поводу ангины на коже туловища, верхних и нижних конечностей появилась сыпь, беспокоил зуд. Отдельные элементы сыпи за несколько часов исчезали, новые появлялись. Самостоятельно ничем не лечилась.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный, локализуется на коже верхних и нижних конечностей, туловища. Высыпания представлены уртикарными элементами различной величины, от 2 до 4 мм в диаметре, возвышающимися над уровнем кожи, розово-красного цвета.

Дермографизм красный, стойкий, разлитой.

1. Поставьте диагноз.
2. Изложите основные патогенетические механизмы развития болезни.
3. Причина возникновения данного заболевания.
4. Возможные осложнения заболевания.
5. Назначьте лечение. Выпишите рецепты.

**Задача №2**

Больная 20 лет, обратилась к дерматологу с жалобами на появление высыпаний на коже туловища и конечностей, сопровождающихся интенсивным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. До 5-летнего возраста страдала «детской экземой». В дальнейшем до 16-летнего возраста изменений кожи не отмечала. В возрасте 16 лет после употребления в пищу большого количества орехов и шоколада отметила зуд и покраснение кожи локтевых сгибов. В дальнейшем, после приема цитрусовых, шоколада, острой пищи отмечал появление зуда кожи, в локтевых сгибах кожа была уплотнена.

К дерматологу не обращалась. Лечилась самостоятельно антигистаминными препаратами, смазывала кожу кортикостероидными мазями. Улучшение от проводимого лечения незначительное. Обострения заболевания наблюдаются 3-4 раза в год, связывает с психоэмоциональными нагрузками или изменением климатических условий.

Последнее обострение связывает с перенесенным стрессом.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. На коже сгибательных поверхностей локтевых, коленных, лучезапястных суставов, шеи, декольте, верхней части спины имеются очаги лихенизации. Кожа в очагах поражения гиперемирована, с множеством экскориаций, геморрагических корочек, поверхностных трещин, шелушением. Отмечается общая сухость кожи. Дермографизм белый, стойкий, разлитой.

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

**Задача №3**

Больная 50 лет обратилась к дерматологу с жалобами на мучительный приступообразный зуд кожи туловища и конечностей.

ИЗ АНАМНЕЗА. Со слов больной в течение года отмечает приступообразный сильный зуд кожи туловища и конечностей. Самостоятельно не лечилась. Из сопутствующих заболеваний отмечает гипертоническую болезнь, полицитемию, атрофический гастрит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный; локализуется на коже преимущественно разгибательных поверхностей конечностей, живота, ягодиц. Высыпания представлены милиарными папулами плотной консистенции, красноватобурого цвета, очагами лихенификации, незначительным шелушением и большим количеством экскориаций и геморрагических корочек. Кожа сухая.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
4. Назначьте лечение. Выпишите рецепты.
5. Рекомендации больной после клинического выздоровления.

**Задача №4**

На прием к врачу обратилась мать с ребенком 4-х месяцев, у которого имелись 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; употребляла в больших количествах цитрусовые, шоколад. 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; на правой щеке - корочки и чешуйки.

1. Предположительный диагноз.
2. Его обоснование.
3. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?
4. Дополнительные методы обследования.
5. Лечение.

**Задача №5**

У мальчика 6-ти месяцев, со слов матери, периодически возникают жалобы на появление высыпаний на коже лица и ягодиц, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Со слов матери с первого месяца жизни у ребенка периодически возникают высыпания в области щек, сухость и шелушение в области ягодиц, сопровождающиеся приступообразным зудом. Находится на искусственном вскармливании,

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит локализованный характер, симметричный. Кожа щек гиперемирована, отечна, со множеством серозно-геморрагических корочек. Умеренная гиперемия, сухость и шелушение на коже ягодиц. Дермографизм смешанный.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите факторы риска в развитии данного дерматоза.
3. Перечислите обязательные диагностические критерии данного дерматоза.
4. Назовите особенности клинического течения данного дерматоза у детей.
5. Алгоритм наружной терапии в зависимости от фазы дерматоза.

**Задача №6**

На прием к дерматологу обратилась женщина 70 лет с жалобами на приступообразный мучительный зуд кожи, возникающий преимущественно в ночное время, бессонницу, повышенную утомляемость, раздражительность.

ИЗ АНАМНЕЗА. Год назад перенесла операцию по поводу рака сигмовидной кишки. Во время операции проведена алкоголизация метастазов в печени. После операции в течение года чувствовала себя удовлетворительно. Однако в течение последнего месяца стала нарастать слабость, появился периодический кожный зуд.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. На коже туловища и конечностей имеются многочисленные экскориации, точечные и линейные геморрагические корочки. Ногтевые пластинки пальцев кистей истончены, уплощенные, имеют «полированный» вид.

1. Поставьте диагноз.
2. Чем обусловлено заболевание кожи?
3. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
4. Чем можно помочь больной?
5. Выпишите рецепт ГКС-мази.

**Задача №7**

Больная 30 лет обратилась к дерматовенерологу с жалобами на периодически возникающие высыпания, сопровождающиеся умеренным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больна около 3-х месяцев. Высыпания появляются ежедневно по утрам в виде волдырей и через несколько часов исчезают, оставив синюшно-красные пятна. И так повторяется практически каждый день. Самостоятельно ничем не лечилась. Из сопутствующих заболеваний отмечает дисбактериоз кишечника.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. Высыпания локализуются на коже лба, глазных орбит, верхних и нижних конечностей; представлены утикарными элементами ярко-красного цвета, до 1 см в диаметре. На месте разрешившихся элементов – пятна синюшно-красного цвета.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больной.
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
5. Назначьте лечение. Выпишите рецепты.

**Задача №8**

На прием к врачу обратился подросток 16 лет с жалобами на сильный зуд по всему телу, но особенно в области локтевой и подколенной ямок, бессонницу, раздражительность. Зуд преобладает в ночное время.

АНАМНЕЗ. Заболевание связывает с перенесенной в детстве экземой. Обострения наступают в осенне-зимний период времени. Летом, особенно после пребывания на море, чувствует себя хорошо. При обострении - в местах поражения появлялись пузырьки и мокнутие. Неоднократно лечился амбулаторно с хорошим, но временным эффектом. Страдает бронхиальной астмой, хроническим тонзиллитом, отмечена непереносимость к пенициллину. Мать с детства болеет экземой.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. Очаги поражения располагаются преимущественно в подколенных впадинах и локтевых сгибах, а также на лице, шее. Высыпания представлены мелкими округлыми папулами розового цвета, местами элементы сливаются, образуя участки сплошной инфильтрации и лихенификации. Кожа сухая, имеются множественные экскориации и отрубевидные чешуйки. Ногтевые пластинки на кистях «отполированы».

Дермографизм стойкий, белый, разлитой.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите его обоснование.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
4. Дополнительные методы обследования.
5. Какие возрастные периоды характерны для данного заболевания?

**Задача №9**

На прием к врачу обратилась мать с ребенком 7-ми месяцев с жалобами 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. Процесс носит распространенный характер, симметричный. Кожные покровы ребенка имеют сероватый оттенок, сухие на ощупь. Высыпания локализованы на коже волосистой части головы, лица, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, ягодиц. Представлены множественными диссеминированными эритематозно-сквамозными, папуловезикулезными и уртикарно-розеолёзными высыпаниями, экскориациями. На поверхности многих папуло-везикул точечные эрозии, серозные и геморрагические корочки. Дермографизм белый, стойкий, разлитой. Отмечается уменьшение активности брюшного рефлекса.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
3. Наметьте план лечебных и профилактических мероприятий.
4. Перечислите дополнительные диагностические критерии данного дерматоза.
5. Рекомендации после клинического выздоровления.

**Задача №10**

В гастроэнтерологическое отделение поступила девочка 5-ти лет с жалобами на тошноту, боли в правом подреберье, запоры постоянный зуд кожи и высыпания в складках кожи.

ИЗ АНАМНЕЗА. Со слов матери при введении морковного и свекольного соков в трехмесячном возрасте появлялись на щеках красные пятна, узелки, пузырьки, мокнутие, сопровождающиеся зудом. Девочка перенесла ассоциированный дисбактериоз кишечника.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожный процесс носит диссеминированный характер с локализацией высыпаний в области естественных складок, преимущественно локтевых и подколенных. На коже локтевых и подколенных складок и задней поверхности голени высыпания в виде эритемо-сквамозных пятен и узелков. В очагах поражения выражена лихенификация, обилие экскориаций. Дермографизм стойкий, белый, разлитой.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
3. Современные методы лечения заболевания.
4. Первичная, вторичная и третичная профилактика заболевания.
5. Санаторно-курортное лечение.

**3. ПСОРИАЗ. КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ.**

**Задача №1**

На прием к дерматологу обратился больной 38 лет с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, периодические боли в коленных суставах.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен в течение года, когда впервые осенью на руках появились высыпания красного цвета, покрытые чешуйками. Затем подобные высыпания появились на коже туловища и ног. В течение последних 6 месяцев отмечает появление периодических болей в коленных суставах. Ухудшение заболевания отмечает в зимнее время года, летом отмечает улучшение. Сопутствующее заболевание – хронический тонзиллит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже туловища, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей. Высыпания представлены 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. На местах давления одеждой милиарные папулы. При поскабливании высыпаний появляется гладкая, блестящая поверхность, затем точечное кровотечение. Коленные суставы визуально не изменены, движения активные и пассивные в полном объёме.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
3. Перечислите клинические разновидности данного заболевания.
4. План обследования и лечения больного.
5. Ваши рекомендации больному после клинического выздоровления.

**Задача №2**

На прием к врачу обратилась больная 56 лет, бухгалтер, с жалобами на сильный зуд, усиливающийся ночью, 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.

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, покрытых фиброзным налетом, после удаления которого легко возникает кровотечение. Вокруг эрозий располагаются серовато-белого цвета мелкие папулы, которые сливаясь напоминают лист папоротника.

Кроме того, отмечается изменение ногтей на кистях с выраженной продольной исчерченностью и очаговым помутнением ногтевых пластинок. Лимфоузлы не увеличены.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какой диагностический феномен может подтвердить предполагаемый диагноз?
3. Каковы основные гистологические признаки этого заболевания?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
5. Какие клинические формы данного заболевания вы знаете?

**Задача №3**

На прием к врачу обратилась больная 48-х лет с жалобами на высыпания на туловище, руках, в полости рта, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной около 5-ти месяцев, когда появились высыпания на коже туловища, рук, сопровождающиеся зудом. Свое заболевание связывает со стрессом. Отмечает, что около полугода беспокоят сухость во рту, жажда, немотивированное увеличение массы тела. Сопутствующие заболевания - гипертоническая болезнь.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. Симметричный. На коже живота, сгибательной поверхности плеч, предплечий располагаются синюшно–красного цвета папулы полигональных очертаний с восковидным блеском. В центре некоторых из них имеется пупковидное вдавление. При смазывании отдельных папул вазелиновым маслом отмечается поперечная исчерченность. На слизистой полости рта по линии смыкания зубов имеются эрозии неправильных очертаний, покрытых фиброзным налетом, после удаления которого легко возникает кровотечение.

Ногтевые пластинки на кистях имеют выраженную продольную исчерченность.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания.
3. С какими дерматозами необходимо провести дифференциальную диагностику данного заболевания?
4. Врачей каких специальностей Вы привлекли бы к решению вопросов диагностики, лечения и профилактики?
5. Составьте план лечения больной.

**Задача №4**

К дерматологу обратилась больная 42-х лет с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом, утреннюю скованность и болезненность при движениях левого коленного сустава, суставов пальцев рук, изменение ногтевых пластинок кистей и стоп.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 9 лет. Впервые высыпания появились на коже локтевых и коленных суставов, повторялись ежегодно, независимо от времени года. Самостоятельно лечилась средствами народной медицины (отвары чистотела, череды, пихтовые ванны) с кратковременным улучшением. Болезненность левого коленного сустава отмечает в течение последнего года. Утреннюю скованность, болезненность при сгибании и разгибании, деформацию межфаланговых суставов обеих кистей - в течение пяти лет.

Наследственность отягощена - у отца псориаз.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. Симметричный. На разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, на туловище бляшки ярко-розового цвета, величиной до детской ладони с четкими границами, на их поверхности множественные мелко- и среднепластинчатые белесоватого цвета чешуйки. Симптомы псориатической триады положительные. По периферии папул и бляшек имеется псевдоатрофический ободок шириной 2-5 мм, несколько бледнее нормальной кожи, чуть вдавленного и складчатого, наподобие папиросной бумаги. На 1,111 пальцах левой кисти, 1, 1V пальцах правой кисти (+) симптом наперстка. Левый коленный сустав визуально не изменен, кожа над ним без воспалительных явлений. Рентгенографически: околосуставной остеопороз, сужение суставной щели.

Межфаланговые суставы обеих кистей деформированы, кожа над ними без воспалительных явлений, сгибание и разгибание в них затруднено, болезненно. Рентгенографически: околосуставной остеопороз, неравномерное сужение суставных щелей, остеофиты.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
4. Методы лечения заболевания.
5. Прогноз при данном заболевании.

**Задача №5**

К врачу обратился пациент 47 лет с жалобами на покраснение кожи всего тела, повышение температуры тела до 37,5º С, чувство стянутости кожи, озноб.

ИЗ АНАМНЕЗА. Страдает вульгарным псориазом в течение 20 лет. Ухудшения состояния преимущественно в осенне-зимний период. Последнее обострение началось 2 месяца назад после стрессовой ситуации. Появившиеся высыпания постепенно распространялись, а после наружного применения дегтя кожа туловища стала отечна, яркокрасного цвета. Общее самочувствие ухудшилось, каждый вечер поднималась температура.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит универсальный характер. Кожные покровы инфильтрированы, ярко-красного цвета, покрыты большим количеством крупных и мелких сухих белесоватых чешуек. Отмечается увеличение паховых и подмышечных лимфатических узлов. При пальпации подвижные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, до 1,5 см в диаметре.

1. Поставьте диагноз.
2. Что может явиться причиной данного состояния?
3. Лечебная тактика.
4. При каких заболеваниях встречаются аналогичные состояния, требующие проведения дифференциального диагноза с псориазом?
5. В каких случаях показана госпитализация больных псориазом?

**Задача №6**

На прием к врачу обратилась девочка 15 лет с жалобами на высыпания в виде «бородавок» и периодический интенсивный зуд.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной считает себя около года, когда появились высыпания н коже рук и ног. У дерматолога не наблюдалась. Заболевание началось после психотравмы.

Самостоятельно не лечилась.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. Высыпания локализуются на коже сгибательной поверхности предплечий и голеней. На предплечьях высыпания представлены многочисленными мелкими папулами полигональных очертаний, красновато-сиреневого цвета, с восковидным блеском и пупковидным вдавлением в центре. На передней поверхности голеней сыпь представлена крупными гипертрофированными папулами синевато-красного и коричневатого цвета, с бородавчатыми наслоениями на их поверхности, группирующимися местами в бляшки.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование.
2. Какие методы исследования необходимо провести для окончательного установления диагноза?
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
5. Методы лечения заболевания.

**Задача №7**

К дерматологу на прием обратилась женщина 40 лет с жалобами на высыпания в области ладоней и подошв, сопровождающиеся болезненностью.

ИЗ АНАМНЕЗА. Со слов больной данным кожным заболеванием страдает в течение 3-х лет. Первоначально высыпания появились на ладонях, затем через год – на подошвах, сопровождались умеренным зудом, болезненностью. Лечилась самостоятельно кортикостероидными мазями с незначительным терапевтическим эффектом. Летом отмечается улучшение. Наследственный анамнез не отягощен. По роду своей профессиональной деятельности во время работы постоянно находится на ногах.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный; высыпания локализуются на коже обеих ладоней и подошв. Высыпания представлены многочисленными милиарными, лентикулярными папулами, местами сливающимися в бляшки до 2,5 см в диаметре, и гиперкератотических мозолеподобных очагов, покрытых трудно соскабливаемыми мозолеподобными чешуйками. Кожа в очаге поражения инфильтрирована, красного цвета с крупнопластинчатым шелушением и поверхностными трещинами. Границы поражения резко подчеркнуты и имеют фестончатые края, выходящие на боковые поверхности ладоней и подошв. Ногтевые пластинки рук немного утолщены, нормального цвета, на многих из них точечные углубления, располагающиеся рядами.

1. Наиболее вероятный клинический диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Этология и патогенез заболевания.
4. Современные методы лечения заболевания.
5. Какие клинические варианты поражения ногтевых пластинок кистей и стоп при данном заболевании вы знаете?

**Задача №8**

На прием к врачу обратился больной 17 лет с жалобами на высыпания на разгибательной поверхности конечностей, зуд, изменение ногтевых пластинок рук.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен около пяти лет, когда впервые осенью на разгибательной поверхности локтевых суставов появились высыпания, покрытые чешуйками. Затем такие же высыпания появились в области коленных суставов. Обострение заболевания отмечает в зимнее время года, летом отмечает улучшение. Последнее обострение связывает с переохлаждением. Самостоятельно применял мазь «Целестодерм» с положительным эффектом.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. На разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов имеются бляшки бледно-розового цвета размером 5х8 см, по всей поверхности покрытые небольшим количеством серебристо-белых чешуек. По периферии бляшек имеется псевдоатрофический ободок. На месте разрешившихся высыпаний - гиперпигментация.

На коже ладоней и подошв выражен ксероз, гиперкератоз, обилие трещин. Ногтевые пластинки утолщены, имеется симптом «наперстка».

1. Поставьте диагноз.
2. Какие патогенетические факторы могли способствовать развитию дерматоза?
3. С какими заболеваниями нужно дифференцировать данный дерматоз?
4. Назовите диагностические критерии заболевания.
5. Влияние данного заболевания на качество жизни больных.

**Задача №9**

На прием обратился мужчина 39 лет с жалобами на высыпания по всему кожному покрову, незначительный зуд.

ИЗ АНАМНЕЗА. Впервые высыпания появились месяц назад на коже разгибательных поверхностей конечностей, затем распространились на кожу туловища. Занимался самолечением - принимал ванны с морской солью и смазывал кожу флуцинаром. Положительного эффекта не было. Начало заболевания связывает с тяжелым нервным потрясением. Из сопутствующих заболеваний - хронический холецистопанкреатит, сахарный диабет.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже туловища, разгибательной поверхности нижних конечностей. Представлен папулами, сливающимися в крупные бляшки, диаметром до 8 см. Высыпания розового цвета, поверхность их полностью покрыта серебристо-белыми чешуйками. По периферии папул и бляшек имеется ободок гиперемии.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
3. Какие стадии выделяют в течении данного заболевания?
4. Какие наружные средства для лечения данного заболевания вы знаете?
5. Выпишите рецепты наружных средств.

**Задача №10**

Больной 43-х лет обратился к дерматологу с жалобами на наличие на коже волосистой части головы очагов поражения, покрытых чешуйками, сопровождающихся интенсивным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен около 5 лет. Лечился различными шампунями с кратковременным эффектом. Летом отмечал значительное улучшение, особенно после пребывания на юге.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже волосистой части головы с переходом на кожу лба расположены крупные инфильтрированные бляшки сочного розово-красного цвета, с четкими границами и неправильными очертаниями, покрытые большим количеством белесоватых, с желтым оттенком, легко отпадающих чешуек.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план обследования больного.
4. Что такое изоморфная реакция раздражения?
5. Какую роль в развитии данного заболевания играют иммунные механизмы?

**4. ПУЗЫРНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ.**

**Задача №1**

Больная 22-х лет поступила в стационар с жалобами на появление пузырей на коже туловища и рук, болезненность в полости рта при приёме пищи.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 3-х месяцев, когда появилась болезненность в полости рта при приёме пищи. Обратилась к стоматологу, который назначил полоскание полости рта фурацилином без видимой положительной динамики. Через 1,5 месяца появились пузыри на коже туловища и верхних конечностей. Пузыри вскрывались, оставляя после себя болезненные эрозии.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. Симметричный. На неизмененной слизистой оболочки щек, губ, твердого и мягкого неба обширные эрозии ярко-красного цвета. На коже туловища и конечностей пузыри величиной до грецкого ореха. Некоторые пузыри напряженные, другие - вялые. Содержимое пузырей прозрачное. При надавливании на пузырь жидкость отслаивает прилежащие участки эпидермиса и пузырь перемещается. При потягивании обрывков покрышки пузыря происходит отслойка эпидермиса за пределы пузыря. Мокнущие, полициклических очертаний эрозии покрыты серозными корками.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
4. В чем заключается ошибка врача-стоматолога по ведению данной больной?
5. Составьте план лечения больной. Какие осложнения могут возникнуть в процессе лечения больной?

**Задача №2**

Больная 34-х лет госпитализирована в КККВД с жалобами на распространенные высыпания в полости рта, на красной кайме губ, сопровождающиеся болезненностью при приеме пищи, на коже спины и груди, сопровождающиеся сильным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. 6 дней назад появились пузыри на слизистой оболочке полости рта, вскрывшиеся с образованием резко болезненных эрозий. В течение последних 3-х дней появились пузыри на коже туловища, эрозии. Высыпания сопровождались сильным зудом, недомоганием, головной болью, повышением температуры тела до 38,5 С. Начало заболевания ни с чем не связывает. Самостоятельно не лечилась.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. На слизистой оболочке полости рта эрозии ярко-красного цвета, покрытые белесоватым налетом. Эрозия на нижней губе покрыта толстой геморрагической коркой. На коже спины и груди пузыри с тонкой, дряблой покрышкой, серозным содержимым, диаметром до 0,5 см, располагающиеся на отечном, эритематозном основании.

Феномен Никольского отрицательный, акантолитические клетки не обнаружены.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Составьте план лечения. Выпишите рецепты. Дайте рекомендации больной после клинического выздоровления.

**Задача №3**

В стационар поступил больной 55 лет с жалобами на обильную сыпь, сильный зуд, жжение кожи, нарастающую слабость.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен около 2-х месяцев. Поражение кожи рассматривалось как герпетиформный дерматит Дюринга, однако лечение авлосульфоном по 0,1 г 2 раза в сутки по 6 дней с интервалом в 3 дня (проведено 5 циклов) и преднизолоном по 40 мг в сутки в течение 2 недель эффекта не дало: продолжал беспокоить зуд, появились новые высыпания.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. Высыпания локализованы на коже груди, живота, спины, на разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей. Высыпания представлены преимущественно розовокрасными папулами, напряженными пузырьками и пузырями. На месте вскрывшихся пузырей – эрозии, геморрагические корочки, экскориации. Подкожные лимфатические узлы не увеличены.

В гемограмме СОЭ – 24 мм/час, 12% эозинофилов, в пузырной жидкости – повторно 14% эозинофилов. Проба Ядассона положительна. Симптом Никольского отрицательный. Акантолитические клетки не обнаружены.

1. Какое исследование необходимо для окончательного диагноза герпетиформного дерматита Дюринга?
2. Какая патоморфологическая особенность разграничивает пузырьки при дерматите Дюринга и при истинной (акантолитической) пузырчатке?
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Составьте план лечения. Выпишите рецепты. Дайте рекомендации больному после клинического выздоровления.

**Задача №4**

Больная 43-х лет обратилась к дерматологу с жалобами на высыпания на коже спины, рук и ног, сопровождающиеся сильным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. По словам больной, высыпания беспокоят ее в течение последних 5 лет. Они возникают в виде приступов, которым предшествует чувство жжения и покалывания, сохраняются до 1,5-2 месяцев, а затем постепенно угасают. Кожа свободной от высыпаний остается примерно 6-8 месяцев. Лечение различными антибиотиками, антигистаминными препаратами и мазями, включая кортикостероидсодержащие, заметного влияния на высыпания не оказало.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. На разгибательной поверхности рук и ног, преимущественно в области локтей и колен, а также на коже верхней половины спины, особенно в области лопаток – многочисленные симметрично расположенные, небольшие эритематозно-отечные бляшки розово-красного цвета, округлых очертаний и четкими границами, поверхность которых покрыта везикулами с плотной покрышкой, сочными папулами, эрозиями, немногочисленными корками и скудными чешуйками. Эти высыпания перемежаются с бледно-коричневыми пятнами.

При физикальном обследовании четких отклонений не выявлено, феномен Никольского отрицательный, акантолитические клетки не обнаружены. Методом прямой иммунофлюоресценции обнаруживают фиксированные иммуноглобулины класса G вдоль базальной мембраны, выстилающей дно пузыря.

1. Предположительный диагноз.
2. Лабораторные методы, подтверждающие диагноз.
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Какое исследование при данном заболевании всегда дает положительный результат?
5. Дифференциальный диагноз с истинной (акантолитической) пузырчаткой?

**Задача №5**

На прием к врачу обратилась больная 35 лет с жалобами на болезненные язвочки в полости рта, а также появление пузырей вокруг пупка, в подмышечных и пахово-бедренных складках, под молочными железами.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 3,5 месяцев, когда впервые появились пузыри в полости рта. Пузыри быстро вскрывались, оставляя после себя болезненные эрозии, склонные к периферическому росту. К врачу не обращалась. Лечилась самостоятельно - полоскала рот отварами трав, эффекта от лечения не было. За этот период времени больная похудела на 8 кг, так как из-за сильной болезненности не могла нормально питаться. Стали появляться пузыри на коже вокруг пупка, в подмышечных и пахово-бедренных складках, под молочными железами. Пузыри вскрывались, оставляя после себя болезненные эрозии, покрытые «бородавчатыми разрастаниями», постоянно мокнущие, с неприятным запахом. Из-за болезненности активные движения затруднены.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре полости рта на неизмененной слизистой оболочке твердого неба, обоих щек и на языке болезненные эрозии ярко-красного цвета, покрытые белесоватым налетом. На коже вокруг пупка, подмышечных и пахово-бедренных складках, под молочными железами многочисленные эрозии, на поверхности которых имеются папилломатозные разрастания, и образующиеся в результате их слияния вегетирующие бляшки, диаметром до 5-ти см, по периферии которых имеются пустулы.

Симптом Никольского положительный.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
5. Составьте план лечения больной.

**5.ДИФФУЗНЫЕ БОЛЕЗНИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.**

**Задача №1**

На прием к дерматологу обратилась больная 32-х лет с жалобами на высыпания на коже лица.

ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания на коже лица появились месяц назад после длительного пребывания на солнце. Лечилась самостоятельно. Применяла различные кремы, мази, но эффекта от лечения не было.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожный процесс локализуется на коже переносицы и щек «в виде бабочки». Высыпания представлены инфильтрированными эритематозными бляшками, покрытыми плотно сидящими роговыми чешуйками. Удаление чешуек сопровождается болезненностью. На обратной стороне чешуек обнаруживаются характерные шипики.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие характерные для данного заболевания симптомы имеют место в данном случае?
3. План обследования.
4. План лечения больной.
5. С какими дерматозами необходимо дифференцировать данное заболевание.

**Задача №2**

На прием к врачу обратился больной 24-х лет, строитель, с жалобами на образование на коже лица, чувство покалывания, похолодание, напряженность кожи в очаге поражения.

ИЗ АНАМНЕЗА. 2 месяца назад появилось округлое пятно синюшно-красного цвета на коже лица. Кожа в очаге поражения была отечной, тестоватой консистенции. Через несколько недель кожа в очаге поражения приобрела деревянистую плотность, цвет стал бледносинюшным. Самостоятельно не лечился. Заболевание связывает с тем, что на работе часто переохлаждается и часто болеет ангиной и ОРЗ.

В детстве перенес скарлатину. Сопутствующая патология - состоит на учете у эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы, у ЛОР-врача по поводу хронического тонзиллита.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, несимметричный. На коже лица очаг по форме напоминающий удар саблей, гладкий, блестящий, плотной консистенции. Цвет восковидножелтый, по периферии имеется сиреневый венчик. При пальпации выявляется деревянистое затвердение кожи, она плотно прилегает к подлежащим тканям, не собирается в складку, рисунок её сглажен, волосы в очагах отсутствуют. Отмечается ригидность и уплотнение кожи и красной каймы губ.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести этому больному?
4. Методы лечения.
5. Какие формы данного заболевания Вы знаете?

**Задача №3**

Больная 42-х лет поступила в клинику с жалобами на отек и синюшность кожи лица, шеи, груди, боли в суставах, мышечную слабость.

ИЗ АНАМНЕЗА. После родов появились боли в суставах, покраснение на лице, периодическое повышение температуры тела. В течение последних 3-х месяцев стало трудно подниматься вверх по лестнице или вставать со стула, не прибегая к помощи рук.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже передней поверхности шеи и грудной клетки фиолетовая эритема; на коже вокруг ногтевых пластинок кистей телеангиэктазии и эритема, в области проксимального ногтевого валика, «зазубренная» околоногтевая кожица. На коже разгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов лиловая эритема и шелушение, лентикулярные папулы фиолетового цвета.

При клиническом и лабораторном обследовании: в анализе крови отмечается лейкопения, ускоренная СОЭ; в сыворотке крови – снижение количества общего белка, уменьшение альбуминов. В анализе мочи – протеинурия, значительное количество эритроцитов.

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование.
2. Какие лабораторные и инструментальные данные помогут уточненить диагноз?
3. Составьте план лечения. Выпишите рецепты.
4. Прогноз при данном заболевании.
5. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.

**Задача №4**

У девочки, которой сейчас 13 лет, около 2-х лет назад после инсоляции возникла сыпь на лице. Высыпания медленно прогрессировали. Со временем на щеках возникли точечные рубцы. Лечение кортикостероидами для наружного применения, противогрибковыми препаратами (включая гризеофульвин) и антибиотиками оказалось неэффективным. Помимо сыпи больную больше ничего не беспокоит. Семейный анамнез отягощен по красной волчанке — тетя по материнской линии страдает системной красной волчанкой с тяжелым поражением почек.

При обследовании. На коже щек, носа, подбородка и центральной части лба красные шелушащиеся бляшки. На фоне бляшек располагаются точечные атрофические рубцы и роговые пробки в устьях волосяных фолликулов. На ушных раковинах — роговые пробки в устьях волосяных фолликулов. Диффузное поредение волос на голове. Других патологических изменений не выявлено.

1. Поставьте диагноз
2. Что спровоцировало заболевание у данной больной? 3. Ключевые звенья патогенеза заболевания
3. Составьте план лечения.
4. Критерии эффективности лечения.

**Задача №5**

На прием к дерматологу обратилась больная 42-х лет с жалобами на высыпания на коже лица, ушных раковин, а также на очаги облысения на волосистой части головы, болезненность при приеме пищи.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение двух лет, когда впервые заметила покраснение кожи ушных раковин, незначительное шелушение. Заболевание связывала с ношением металлических серег. Субъективных ощущений не было. К врачу не обращалась. Применяла самостоятельно увлажняющий косметический крем, однако высыпания увеличивались в размерах, появилось покраснение кожи щек. В течение полугода отмечает появление единичных эрозий в полости рта. Полгода назад заметила появление очагов выпадения волос на волосистой части головы.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже щек, ушных раковин располагаются очаги, округлых очертаний, резко отграниченные от окружающей здоровой кожи и слегка возвышающиеся над ее уровнем. Цвет высыпаний ярко-розовый. На поверхности высыпаний немногочисленные плотно сидящие серовато-белые сухие чешуйки, при насильственном удалении которых отмечается болезненность. На нижней поверхности чешуек имеются шипообразные выступы.

На волосистой части головы в, теменной области имеются два очага поражения размером 1,5x1,5 см, округлых очертаний, бледно-розового цвета, в центре которых - гладкий, нежный атрофический рубец, окруженный ободком плотно прилегающих серых чешуек и узким венчиком гиперемии по периферии. Волосы в очагах отсутствуют.

На слизистой оболочке полости рта в области щек и десен расположены бляшки красно-фиолетового цвета, резко отграниченные от здоровой слизистой, с несколько возвышающимися краями и слегка запавшим центром. В центральной части бляшек имеются эрозии, покрытые желтоватым, трудноснимаемым налетом. ОАК: анемия, лейкопения, тромбоцитопения ОАМ: протеинурия.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. План лечения больной.
4. Ваши рекомендации больной после лечения.
5. С какими дерматозами необходимо дифференцировать данное заболевание?

**Задача №6**

К дерматологу обратилась больная 35 лет с жалобами на появление очагов уплотнения на туловище и ногах.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение 8 месяцев. Сначала отметила появление пятен синюшно-красного цвета на груди и животе, которые со временем стали уплотняться. Затем подобные высыпания появились на голенях. К врачу не обращалась, не лечилась.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер. На коже груди и живота 3 бляшки до 5см в диаметре. В очагах выражены гиперпигментация, фиброз и атрофия кожи. На передней поверхности голеней 2 очага поражения до 3см в диаметре, кожа в очаге воспалена, имеет лиловый оттенок.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Клиническая классификация заболевания
4. Какие исследования необходимо провести?
5. Современные методы лечения данного заболевания.

**Задача №7**

К дерматологу обратилась больная 35 лет с жалобами на появление высыпаний на коже лица, шеи и рук.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение месяца. Высыпания на коже возникли внезапно после длительного нахождения на солнце. Самостоятельно не лечилась.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер, симметричный. Высыпания локализуются на лице, шее, передней поверхности грудной клетки, на плечах и предплечьях. Элементы сыпи представлены папулосквамозными и кольцевидными очагами. В центре кольцевидных очагов гипопигментация и телеангиэктазии. На пальцах рук вокруг ногтевых валиков телеангиэктазии.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания
3. Особенности сбора анамнеза у больных данным дерматозом
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Профилактика заболевания.

**Задача №8**

На прием к дерматологу обратилась больная 32 лет с жалобами на появление очага уплотнения на коже в области левой молочной железы, сопровождающееся чувством покалывания.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 10 месяцев. Начало заболевания связывает с приемом большого количества сульфаниламидных препаратов по поводу перенесенной ангины. В начале заболевания очаг на левой груди был розового цвета, с нечеткими границами, и не возвышался над уровнем окружающей кожи, однако постепенно больная заметила увеличение плотности кожи в очаге, цвет его стал желтовато-белым, появилось чувство стягивания кожи.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. На коже в области левой молочной железы в верхнем наружном квадранте имеется очаг поражения размером 7x6 см, неправильных очертаний с блестящей поверхностью, желтовато-восковидного цвета, плотный на ощупь, особенно в центральной части. Пушковые волосы в очаге отсутствуют. По периферии очага имеется кайма розово-сиреневого цвета, без уплотнения.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. План лечения больной.
4. Ваши рекомендации больной после лечения.
5. С какими дерматозами необходимо дифференцировать данное заболевание?

**Задача №9**

У женщины 63-х лет через 6 недель после инсоляции на лице возникла диффузная эритема, сопровождающаяся выраженным зудом. Затем эритема появилась на тыльной поверхности кистей и предплечий. Тем не менее, самочувствие больной было хорошее. В анамнезе экстирпация матки 17 лет назад по поводу рака яичников, радикальная мастэктомия 4 года назад по поводу рака молочной железы. Больная последние 3-4 года принимала тамоксифен, глибенкламид, периодически – парацетамол.

При обследовании. Общее состояние удовлетворительное. Основные физиологические показатели в норме. На коже открытых участков тела – лице, груди, тыла кистей, верхней части спины - красные папулы. Над мелкими суставами кистей лентикулярные папулы с шелушением на поверхности. Телеангиэктазии и инфаркты задних ногтевых валиков.

Дополнительные исследования. Общий анализ крови, активность КФК, электромиография – без патологии. Обзорная рентгенография грудной клетки: метастазов не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология заболевания.
3. Консультация какого специалиста необходима больной?
4. Что означает амиопатический дерматомиозит?
5. Какие варианты течения данного заболевания известны?

**Задача №10**

На прием к дерматологу обратилась больная 45 лет с жалобами на отек и синюшность кожи лица, туловища, верхних конечностей.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 3-х лет, когда впервые отметила побледнение и синюшность пальцев рук и ног, иногда носа и ушей, под воздействием холода или при волнении. Примерно 2,5 года назад появился отек кистей и стоп, кожа дистальных фаланг пальцев кистей стала плотная, натянутая, малоподвижная, восковидно-желтого цвета. Затем процесс распространился на кожу лица: лицо стало амимичным, кожа натянутой, нос заострился, ротовое отверстие сузилось. Около года назад появились жалобы на затруднение при глотании и прохождении пищи по пищеводу, одышку при физической нагрузке. За медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно не лечилась.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. Резко выраженная отечность кожи лица, туловища, верхних и нижних конечностей. Цвет кожи серый, с синюшным оттенком. Резко выраженная диффузная атрофия подкожной жировой клетчатки и мышц. Над локтевыми и коленными суставами, в области подушечек дистальных фаланг пальцев кистей явления капилляритов с изъязвлениями. Лицо амимично, кожа серовато-синюшного цвета, натянута, блестит, имеется большое количество телеангиэктазий; нос заострен, ротовое отверстие сужено, вокруг него имеются кисетообразные складки.

При лабораторном исследовании повышены СОЭ, сиаловые кислоты, фибриноген, СРБ; выявлены антинуклеарный фактор и противоядерные антитела.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. План лечения больной.
4. Прогноз заболевания.
5. С какими дерматозами необходимо дифференцировать данное заболевание?

**ГЛАВА №4. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ**

**ПУТЕМ**

**1. СИФИЛИС. ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС.**

**Задача №1**

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

ИЗ АНАМНЕЗА. Язву заметил 5 дней назад, смазывал мазью с антибиотиками. Женат. Имеет ребенка двух лет. Случайные половые связи отрицает.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. 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.

При обследовании: бледная трепонема с язвы не обнаружена.

Серологические реакции крови (КСР) отрицательные.

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 №2**

К проктологу обратилась больная 25 лет с жалобами на болезненность при акте дефекации.

ИЗ АНАМНЕЗА. 2 дня назад почувствовала незначительную болезненность. Проктолог назначил сидячие ванночки с отваром ромашки, смазывание бальзамом Шостаковского. Через 2 недели у больной на коже туловища появилась обильная розеолезная сыпь, полиаденит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре на слизистой ануса язва удлиненной формы, размером 0.8-0.2 см., с ровными плотными краями. Паховые лимфатические узлы не увеличены. Экспресс-диагностика сифилиса (МРП) отрицательная.

1. В чем ошибка проктолога? Как врач должен был поступить?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Тактика дальнейшего ведения больной.
5. Какими явлениями может быть обусловлена возможность незаражения при половом контакте с больным данным заболеванием?

**Задача №3**

К лор-врачу обратилась больная с жалобами на неловкость при глотании.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Правая миндалина резко увеличена в объёме, синюшно-красного цвета, плотная, безболезненная при пальпации. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции, безболезненные при пальпации.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Тактика лор-врача.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Основные принципы лечения данного заболевания.

**Задача №4**

К Вам обратился больной по поводу язвы в области венечной борозды. Язва размером 1 см в диаметре, округлых очертаний, покрыта желтовато-серым налетом, без воспалительной реакции вокруг, в основании определяется плотно-эластический инфильтрат. Паховые лимфатические узлы увеличены.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Перечислите пути заражения данным заболеванием.
5. Тактика дальнейшего ведения больного.

**Задача №5**

К хирургу обратился больной с жалобами на увеличение паховых лимфатических узлов, особенно справа. Узлы размером от фасоли до лесного ореха, имеют плотно-эластическую консистенцию, кожа над ними не изменена, безболезненны, подвижны, не спаяны. Другие группы лимфатических узлов не увеличены, общее самочувствие хорошее.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обнаружена одна или несколько безболезненных с уплотнением в основании язвочек. Какие исследования необходимы?
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
4. Перечислите пути заражения данным заболеванием.
5. Перечислите возможные последствия полового контакта с больным данным заболеванием.

**Задача №6**

К хирургу обратился врач - гинеколог, у которого неделю тому назад на указательном пальце правой руки около ногтя, слегка огибая его, появилась неглубокая плотная язвочка с максимальным размером в 1 см в диаметре, покрытая желтовато-серым налетом, без воспалительной реакции вокруг. 2 дня тому назад появились преимущественные ночные стреляющие боли.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие атипичные формы первичного аффекта вы знаете?
4. Перечислите пути заражения данным заболеванием.
5. Проведите дифференциальную диагностику первичного аффекта с поражением стрептококковой этиологии.

**Задача №7**

К урологу обратился больной с жалобами на неприятные ощущения в области ануса. Во входе в анус имеется щелевидная эрозия, слегка уплотненная в основании, мясо-красного цвета, без воспаления вокруг, безболезненная.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика уролога.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите особенности современного течения данного заболевания.

**Задача №8**

Больная 30 лет обратилась к хирургу поликлиники по поводу язвы в области правой грудной железы. При осмотре в области ареолы соска язва подковообразной формы, с ровными краями, безболезненная, в основании пальпируется уплотнение. Подмышечные лимфоузлы справа размером 1,0\*1,5 см., плотно-эластические, безболезненные, не спаяны с кожей.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите пути заражения данным заболеванием.
3. Какие виды лечения заболевания существуют?
4. Какие мероприятия необходимо провести по контактным лицам?
5. Профилактика заболевания.

**Задача №9**

К лор - врачу обратилась больная 30 лет по поводу язвы в области миндалины. При осмотре на левой миндалине имеется язва округлых очертаний размером 0.8-0.8 см., безболезненная, края уплотнены. Подчелюстные лимфоузлы размером 1.0\*0.3 см,. безболезненные, плотноэластической консистенции, не спаяны с кожей.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Тактика лор – врача.
4. Перечислите атипичные формы первичного аффекта.
5. Дифференциальная диагностика проявлений данного заболевания.

**Задача №10**

К врачу дерматовенерологу обратился мужчина 40 лет 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. Паховые лимфатические узлы величиной до лесного ореха, плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаяны с окружающей кожей.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления диагноза?
3. Перечислите пути заражения данным заболеванием.
4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
5. Перечислите основные причины роста заболеваемости в настоящее время.

**Задача №11**

К урологу обратился больной с жалобами на невозможность открыть головку полового члена. При осмотре головка полового члена не открывается, цвет кожи не изменен. Консистенция плотная, болезненности нет. При массаже из препуциального мешка скудное гнойное отделяемое. Паховые лимфоузлы размером 1,5\*1,0 см., плотноэластические, безболезненные, не спаяны с окружающей кожей.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика уролога.
3. Какое осложнение имеет место в данном случае?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения заболевания.

**2. ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС.**

**Задача №1**

У больной, обратившейся к гинекологу, правая большая половая губа увеличена в размерах, при надавливании следа от вдавления пальцем не остается, цвет кожи синюшный. Лимфоузлы паховые с обеих сторон размером 2,0\*1,5 см., подвижные, безболезненные. На коже туловища обильная розеолезная сыпь. В анамнезе беспорядочная половая жизнь.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика врача-гинеколога.
3. Дальнейшая тактика ведения больной.
4. Особенности современного течения данного заболевания.
5. Дифференциальная диагностика клинических проявлений заболевания.

**Задача №2**

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. Предположительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Тактика в отношении половой партнёрши.
4. Возможный диагноз половой партнерши.
5. Профилактика заболевания.

**Задача №3**

Больная 25 лет обратилась на приём к лор-врачу с жалобами на охриплость голоса. Поставлен диагноз хронического тонзиллита, назначен тетрациклин. На третий день приёма тетрациклина у больной на туловище появилась розеолезная сыпь, не сливается, исчезает при надавливании. Цвет розеол розово-красный. Субъективные расстройства отсутствуют. Лор-врачом 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 №4**

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. КСР(4 +) в титре 1:160

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 №5**

У больного «А» на коже мошонки и вокруг ануса единичные папулы синюшного цвета величиной с мелкую горошину, поверхность части из них эрозирована. В углах рта мокнущие папулы. Волосы на волосистой части головы диффузно поредели. КСР (4+). У его половой партнёрши «С» на коже туловища обильная мелкая розеолезная сыпь. На задней спайке больших половых губ – эрозия овальной формы мясокрасного 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. Пути передачи заболевания.

**Задача №6**

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, эрозивные папулы. На коже живота единичные лентикулярные папулы синюшно-красного цвета. Полиаденит.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Перечислите исходы полового контакта с больным данным заболеванием.
4. Какие разновидности папулезных высыпаний при данном заболевании Вы знаете?
5. Проведите дифференциальную диагностику высыпаний в области ануса.

**Задача №7**

К лор-врачу 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, местами видны эрозии.

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

**Задача №8**

При осмотре слизистой оболочки рта у больного, обратившегося к терапевту по поводу недомогания, обнаружена эритематозная ангина (эритема с синюшным оттенком, четкими границами, захватывает миндалины, дужки), на боковой поверхности языка и десны верхней челюсти беловатые папулы величиной до мелкой горошины.

1. Тактика врача-терапевта.
2. Возможный диагноз.
3. Тактика врача-венеролога.
4. Назовите критерии излеченности пациента при данном заболевании.
5. Поражение слизистой рта, носа, голосовых связок в различные периоды данного заболевания.

**Задача №9**

На прием к дерматовенерологу обратился мужчина 28 лет с жалобами на появление высыпаний на ладонях и подошвах.

ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания на ладонях и подошвах заметил несколько дней назад. Появление высыпаний ни с чем не связывает. Сопутствующих заболеваний не имеет. Женат. Имеет ребенка 1,5 лет.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже боковых поверхностей живота отцветающая розеолезная сыпь, на ладонях и подошвах лентикулярные папулы, покрытые роговыми чешуйками. Диффузное поредение волос на голове. «Ступенчатообразные» ресницы. На задней и боковых поверхностях шеи на фоне гиперпигментированной кожи депигментированные пятна в виде кружева.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Что такое «ожерелье Венеры»?
4. Проведите дифференциальную диагностику клинических проявлений заболевания.
5. Составьте план лечебно-профилактических мероприятий.

**Задача №10**

На прием к дерматовенерологу обратился мужчина 28 лет с жалобами на появление высыпаний на туловище, половых органах, выпадение волос.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 3-х месяцев. Сначала отметил появление язвы на головке полового члена. Язву лечил самостоятельно присыпками и метиленовой синькой. Через 2 месяца появилась сыпь на коже туловища, в области ануса, стал отмечать выпадение волос на голове. Не женат. Ведет беспорядочную половую жизнь.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. На коже туловища, преимущественно в области живота и груди, а также на верхних и нижних конечностях обильная папулезная сыпь. Папулы лентикулярные, медно-красного цвета. В области ануса гипертрофические папулы. На головке полового члена рубец 1,0\*0,5 см в диаметре. На волосистой части головы множество мелких очагов облысения, напоминающих «мех, изъеденный молью». Кожа в очагах облысения без воспалительных явлений. На задней поверхности шеи на фоне гиперпигментированной кожи не сливающиеся между собой депигментированные пятна размером 0,3\*0,5см.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Эпидемиология заболевания.
4. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
5. Основные принципы лечения заболевания.

**Задача №11**

На прием к дерматовенерологу обратился мужчина 25 лет с жалобами на выпадение волос на голове.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение двух недель, когда заметил выпадение волос на голове. Выпадение волос ни с чем не связывает. Сопутствующих заболеваний не имеет. Злоупотребляет алкоголем. Ведет беспорядочную половую жизнь.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На голове выраженное диффузное поредение волос, поредение бровей, «ступенчатые» ресницы. На коже туловища, преимущественно на животе и груди, единичные лентикулярные папулы медно-красного цвета с тенденцией к группировке. Единичные лентикулярные папулы на ладонях и подошвах.

Вокруг ануса и в паховых складках эрозированные папулы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. На основании каких данных устанавливается диагноз заболевания и его стадия?
4. Проведите дифференциальную диагностику клинических проявлений заболевания.
5. Что такое «симптом Пинкуса»?

**3. ТРЕТИЧНЫЙ СИФИЛИС. ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС. СКРЫТЫЙ СИФИЛИС.**

**Задача №1**

У больной на коже туловища единичные, крупные розеолы; на ладонях сгруппированные папулы, поредение бровей и ресниц. КСР (4+) в титре 1:80. Венеролог диагностировал сифилис вторичный рецидивный. У источника заражения установлен ранний скрытый сифилис. Больная находится в тесном бытовом контакте с двумя детьми. Возраст детей 1,5 года и 12 лет.

1. Возможно ли заражение детей от больной сифилисом бытовым путем?
2. Ваша тактика в отношении данных бытовых контактов.
3. Кому проводится превентивное лечение сифилиса?
4. Проявления вторичного периода сифилиса.
5. Проведите дифференциальную диагностику розеолезного сифилида и токсикодермии.

**Задача №2**

У женщины 30 лет, не состоящей в браке, при поступлении на работу МРП (4+), КСР (4+) в титре 1:160, ИФА (4+).

ИЗ АНАМНЕЗА. Беспорядочная половая жизнь. Бытовые контакты с матерью и отцом.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В области нижней спайки половых губ обнаружен небольшой рубчик. Клинических наружных проявлений сифилиса нет, висцерального сифилиса и сифилиса ЦНС при консультации со смежными специалистами не обнаружено.

1. Поставьте диагноз.
2. Ваша тактика в отношении бытовых контактов.
3. С чем дифференцируют данное заболевание?
4. Какие виды поражения нервной системы при ранних формах данного заболевания вы знаете?
5. Критерии диагностики данного заболевания.

**Задача №3** В кожно-венерологический диспансер направлен мужчина 60 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА. В течение недели находился на стационарном лечении в терапевтическом отделении по поводу обострения язвенной болезни желудка. При проведении обследования было установлено МРП(4+), КСР (4+) в титре 1:20. Три года назад отмечает половую связь с незнакомой женщиной, после которой спустя три месяца заметил у себя какие – то высыпания на коже, которые его не беспокоили. К врачу не обращался.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре венерологом клинических наружных проявлений сифилиса нет.

1. Ваша дальнейшая тактика.
2. Возможный диагноз.
3. Критерии диагностики.
4. Пути передачи заболевания.
5. Виды лечения заболевания.

**Задача №4**

Женщина 25 лет обратилась в женскую консультацию за направлением для прерывания беременности сроком 10 недель. Муж здоров.

При обследовании МРП (4+), КСР (4+) в титре 1:20. Наружных проявлений сифилиса нет.

Обследована смежными специалистами – здорова.

На рентгенограмме легких – остаточные явления перенесенной острой пневмонии.

1. Как рассматривать положительные серологические реакции?
2. Дальнейшая тактика ведения больной.
3. Можно ли прерывать беременность?
4. Исходы беременности у больной данным заболеванием.
5. Как осуществляется профилактическое лечение беременных, больных данным заболеванием?

**Задача №5**

На прием к педиатру обратилась женщина с ребенком с жалобами на высыпания на слизистой полости рта, заложенность носа, насморк.

ИЗ АНАМНЕЗА. Ребенку 2 месяца. Со слов матери неделю назад на слизистой полости рта появились высыпания, а также жалобы на заложенность носа, насморк.

Мать обследовалась в первой половине беременности.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, симметричный. На коже ладоней лентикулярные папулы розово-красного цвета, округлой формы, с гладкой поверхностью, плотно-эластической консистенции, покрытые тонкими прозрачными чешуйками. На слизистой полости рта в области щек папулы округлых и овальных очертаний, резко отграниченные, темно-красного с синюшным оттенком, безболезненные, с гладкой поверхностью, до 1 см в диаметре.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика врача – педиатра.
3. Дальнейшая тактика врача – венеролога для подтверждения диагноза.
4. Как осуществляется профилактическое лечение детей, рожденных от матерей, больных даным заболеванием?
5. Прогноз при данном заболевании.

**Задача №6**

В родильный дом поступила беременная, которая в кожном – венерологическом диспансере по поводу вторичного рецидивного сифилиса получила один курс пенициллина.

1. Возможен ли врожденный сифилис у ребенка?
2. Какие исследования необходимо провести в родильном доме ребенку?
3. Как проводится специфическое и профилактическое лечение беременных?
4. Показания к госпитализации.
5. Перечислите клинические проявления сифилиса у детей грудного возраста.

**Задача №7**

В кожно-венерический диспансер стоматологом направлен подросток 15 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным с грудного возраста, когда после прорезывания резцов на их режущем крае имелись маленькие острые шипики, которые вскоре отломились. С возрастом зубы стали короткими, с широким краем. Обратился к стоматологу для коррекции формы резцов.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре полости рта оба передних верхних резца имеют бочкообразную форму, шире на уровне шейки, чем на режущем крае; на свободном крае видны полулунные выемки.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика врача-стоматолога.
3. Дальнейшая тактика врача – венеролога.
4. Пути передачи заболевания.
5. Какие существуют показания для назначения дополнительного лечения?

**Задача №8**

В кожно-венерологический диспансер с подозрением на сифилис направлен мужчина 72 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА. В течение недели находился на стационарном лечении в терапевтическом отделении с диагнозом «пневмония». При серологическом обследовании МРП (4+). Со слов больного, около 5 лет назад на коже левой ягодицы сформировался узел размером с перепелиное яйцо, напоминающий крупный фурункул, который через несколько недель вскрылся, при этом выделилось небольшое количество густого липкого гноя. При обращении в поликлинику к хирургу больному был выставлен диагноз: «абсцесс левой ягодицы», было назначено лечение антибиотиками (название указать не может). Спустя несколько месяцев очаг зарубцевался, после чего больной за медицинской помощью не обращался.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, ассиметричный, с локализацией на коже в области левой ягодицы. На коже имеется втянутый звездчатый рубец, размером около 1,5 см в диаметре.

1. Предварительный диагноз.
2. Какое дополнительное обследование следует провести больному для уточнения диагноза?
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Какие клинические формы данного морфологического элемента сыпи вы знаете?

**Задача №9**

К Вам на консультацию направлена беременная женщина (29 недель) по поводу положительной реакции Вассермана RW (3+). Никаких жалоб не предъявляет.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Накоже и слизистых оболочках высыпаний нет. Лимфатические узлы не пальпируются.

1. Какие дополнительные исследования?
2. Как можно объяснить RW+?
3. Что такое ложноположительные реакции? В каких случаях они наблюдаются?
4. Как осуществляется профилактическое лечение беременных?
5. Как осуществляется профилактическое лечение детей?

**Задача №10**

В неврологическое отделение детской больницы с целью обследования госпитализирован ребенок 7 лет с жалобами на сильные головные боли и эпилептиформные припадки, расстройства речи.

Со слов родителей, во время беременности 7 лет назад они получали лечение по поводу сифилиса (название препаратов уточнить не могут), затем, после рождения ребенка проходили повторное лечение.

При клиническом обследовании у ребенка наблюдается отсталость в физическом развитии, умственная отсталость, замедленная речь, резко сниженный слух. Обращает на себя внимание своеобразная форма передних резцов, которые имеют бочкообразную форму и деформированы к свободному краю - заметно сужены и имеют полулунную выемку. Отмечаются признаки «саблевидных голеней» и «сабельных предплечий». С правой стороны имеется заметное утолщение грудинного конца ключицы, отсутствует мечевидный отросток на грудине.

1. Перечислите достоверные признаки позднего врожденного сифилиса.
2. Перечислите вероятные признаки позднего врожденного сифилиса.
3. Перечислите стигмы-дистрофи.
4. Классификация врожденного сифилиса.
5. Прогноз данного заболевания.

**Задача №11**

Больная 39 лет направлена в кожно-венерологический диспансер с жалобами на появление язвы в полости рта.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 7 месяцев. В течение последних 2 месяцев находилась на лечении в противотуберкулезном диспансере с диагнозом: «туберкулезная волчанка слизистой оболочки полости рта». В связи с отсутствием эффекта была консультирована отоларингологом. Венерические болезни в анамнезе отрицает. Не замужем. У постоянного полового партнера клинико-лабораторных признаков сифилиса не обнаружено.

Серологические реакции на сифилис: первое серологические исследование крови дало слабоположительный результат реакции Вассермана, повторное исследование было отрицательным.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, асимметричный. В ротовой полости у корня малого язычка, захватывая небную дужку и прилежащие участки мягкого неба, имеется глубокая язва размером 2x1,5 см с ровными краями, плотной консистенции, синюшнокрасного цвета. Дно вялое, неровное, покрытое серо-гнойным налетом, при отторжении которого кровоточивости не наблюдается.

1. Возможный клинический диагноз?
2. Могут ли стандартные серологические реакции при данной форме сифилиса быть отрицательными?
3. Какие лабораторные исследования могут уточнить диагноз?
4. Особенности клинических проявлений данной стадии заболевания.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? **4. МОЧЕПОЛОВЫЕ ИНФЕКЦИИ. ГОНОРЕЯ. УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ УРЕАПЛАЗМОЗ. МОЧЕПОЛОВОЙ ХЛАМИДИОЗ. ТРИХОМОНИАЗ. БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ.**

**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**

Больной К. 45 лет обратился к дерматологу с жалобами на высыпания на коже лица, шеи, туловища, конечностей, повышение температуры тела до 38º С, общую слабость.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным около 5 месяцев, когда появилась общая слабость, повышение температуры тела до 38º С. Отмечает, что за это время похудел на 5 кг. Около 2-х месяцев назад появились высыпания на коже лица, шеи, туловища, конечностей. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью не обращался. При опросе выяснилось, что пациент неоднократно вступал в гомосексуальные связи.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Слизистая полости рта гиперемирована, покрыта обильным беловатым налётом, на коже лица шеи, туловища, конечностей множественные пятна и узелки красно-фиолетового цвета с чёткими границами. При обследовании отделяемого с поверхности слизистой полости рта выделена Candida albicans.

1. Ваш наиболее вероятный диагноз?
2. Какие требуются дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза?
3. Назначьте лечение.
4. Кто относится к группе риска при данном заболевании?
5. Пути передачи данного заболевания.

**Задача №3**

Больной 48 лет, разведен, на протяжении 3 лет страдает хроническим простатитом, обострения которого сопровождаются болью в области промежности, пояснице, учащенным мочеиспусканием, слизистыми выделениями из уретры. В последнее время жалуется на нарушение половой функции. Неоднократно получал курсы комплексного лечения с включением антибиотиков, биогенных стимуляторов, физиопроцедур, однако улучшения временные. При последнем лабораторном исследовании у больного выявлена инфекция Ureaplasma urealyticum. Из анамнеза установлено, что на протяжении последних 5 лет больной имеет эпизодически половые контакты со знакомой женщиной, с которой вместе работают. Ранее об этом лечащему врачу не сообщал. Указанная женщина каждый раз от врачебного обследования отказывалась, ссылаясь на отсутствие каких-либо жалоб и благоприятную картину со стороны мочеполового тракта при обследовании в смотровом кабинете поликлиники.

1. В чем причина упорного и затяжного течения простатита у данного больного?
2. Необходимо ли лечение полового партнера даже при отсутствии у него какой-либо симптоматики воспаления?
3. Какие методы для выявления Ureaplasma urealyticum в организме больного Вы знаете?
4. Этиология и патогенез заболевания.
5. Какое этиологическое лечение целесообразно при инфекции Ureaplasma urealyticum?

**Задача №4**

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 №5**

Женщина 24 лет обратилась в женскую консультацию по поводу выделений из мочеполовых путей и зуда. При лабораторном обследовании у нее выявлен трихомониаз. Больной было назначено лечение трихополом по 0,5 г 3 раза в день 5 дней, дана рекомендация провести аналогичное лечение мужу. Супруг от приема медикаментов категорически отказался, мотивируя это тем, что у него нет никаких жалоб со стороны мочеполовых органов. Через 2 недели после окончания лечения у жены на контрольном обследовании вновь обнаружены явления кольпита, в мазках выявлены трихомонады.

1. В чем причина неудачи в лечении данной больной?
2. Можно ли считать повторное диагностирование трихомониаза в данном случае рецидивом?
3. Возможно ли бессимптомное течение трихомониаза у мужчин?
4. Какое этиологическое лечение целесообразно при данной инфекции?
5. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика урогенитального трихомониаза?

**Задача №6**

Мужчина 19 лет госпитализирован в урологическое отделение больницы скорой помощи по поводу острого левостороннего эпидидимита. Половые контакты регулярные с постоянной половой партнершей на протяжении 1 года. Заболевание развилось внезапно с появления сильных болей в левом яичке, последнее резко увеличилось в размерах, кожа левой половины мошонки покраснела. У больного поднялась температура до 38°С, начался озноб. Боль в яичке усиливалась при ходьбе и дотрагивании. В связи с этим была вызвана скорая помощь, которая доставила больного в стационар. При поступлении у пациента были взяты мазки из уретры, больной подвергнут хирургическому лечению - эпидидимотомии, назначена антибиотикотерапия. На следующий день состояние больного значительно улучшилось, болезненность существенно уменьшилась. Через 3 дня дренаж удален, рана зажила первичным натяжением. Инфильтат рассосался на 8-е сутки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии через 3 недели, при выписке в области левого придатка сформировался небольшой рубец. В мазках, взятых при поступлении, обнаружен лейкоцитоз 30-40 в п./зр., палочковая и кокковая микрофлора, гонококки и трихомонады не выявлены. Через 1,5 месяца больной был госпитализирован повторно по поводу эпидидимита с правой стороны, при этом у больного диагностирован фолликулярный простатит. По словам больного, на протяжении всего времени после выписки имел регулярные половые контакты с одной и той же партнершей, периодически отмечал скудные мутные выделения из уретры.

1. Назовите возможную этиологию эпидидимита у указанного больного.
2. В чем причина рецидива заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Тактика врача в отношении половой партнерши.
5. Может ли данное заболевание являться причиной развития бесплодия?

**Задача №7**

На прием обратился мужчина с жалобами на зуд в заднем проходе, болезненность во время дефекации и вне ее, слизисто-гнойные выделения из заднего прохода. При осмотре: отечность складок наружного сфинктера, между ними - трещины с гнойным налетом. При микроскопии соскоба из межскладочного пространства обнаружены бобовидные грамотрицательные диплококки.

1. О каком диагнозе следует думать в первую очередь?
2. Какие осложнения у мужчин возможны при данной инфекции?
3. Чем может быть обусловлена подобная локализация инфекционного процесса?
4. Этиология и патогенез заболевания.
5. Классификация данного заболевания.

**Задача №8**

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 №9**

У пациента в связи с жалобами на скудное слизистое отделяемое из уретры и дискомфорт при мочеиспускании взято отделяемое уретры для лабораторного исследования. При проведении прямого иммунофлюоресцентного исследования обнаружена Chlamydia trachomatis. Пациенту был назначен курс монотерапии доксициклином 200 мг в сутки в течение 10 дней. По истечении 7 дней жалобы у пациента изменились. Выделения из уретры его более не беспокоили. Однако кожа головки полового члена покрылась очажками отечной гиперемии, с фестончатыми краями, белесоватым налетом, сопровождавшимися зудом. Кроме того, появились жалобы на учащение стула.

1. Чем обусловлено изменение клинической картины?
2. Какие препараты следует дополнительно назначить пациенту?
3. В чем заключается особенность ведения больных, страдающих хламидиозом?
4. Возможно ли длительное бессимптомное протекание данной инфекции?
5. Этиология и патогенез заболевания.

**Задача №10**

Больному установлен диагноз болезни Рейтера. В мазках из уретры обнаружены хламидии. Течение заболевания тяжелое, высокая температура тела.

1. Какие стадии выделяют в течении заболевания?
2. Принципы лечения данного заболевания.
3. Особенности лечения в первую стадию.
4. Особенности терапии во второй стадии болезни.
5. Кем осуществляется диспансерное наблюдение за больным после выписки из стационара?

**ГЛАВА №5. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

**К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ**

**1. АНАТОМИЯ, ГИСТОЛОГИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ КОЖИ.**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. **Назовите морфологический элемент сыпи, имеющийся у данного больного. Дайте определение.**

Волдырь (urtica) - острый ограниченный отек собственно кожи.

1. **Какие патоморфологические механизмы лежат в основе развития данного морфологического элемента?**

Механизмом образованияволдыря является локализованный отек сосочкового слоя дермы, вследствие остро развивающегося расширения и одновременного усиления проницаемости сосудов при воздействии на них биологически активных веществ (гистамина, серотонина, ацетилхолина и др.). Наиболее часто встречается при крапивнице и отражает аллергическую реакцию реагинового или иммунокомплексного типов. В случае развития диффузного отека подкожной клетчатки возникает гигантский волдырь (ангиоэдема,или отек Квинке).

1. **При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?**

При крапивнице, при токсикодермиях, дерматозе Дюринга, при сывороточной болезни, ангионевротическом отеке Квинке.

1. **Дайте определение понятия «дермографизм». Какие виды дермографизма вы знаете? Приведите примеры.**

Дермографизм – ответная реакция сосудов кожи в ответ на механическое раздражение. Тупым концом палочки или ребром шпателя проводят по коже, полосу. Через 10-20 с, строго повторяя движения шпателя, появляется белая или красная полоса. При белом дермографизме (нейродермит, почесуха) полоса исчезает через 2—8 мин. Красный дермографизм (экзема) появляется несколько раньше и держится значительно дольше, иногда до 1 ч и более. Реже наблюдаются возвышенный, или уртикарный, дермографизм (крапивница) и рефлекторный, при котором гиперемия появляется в виде полосы шириной до 3 см. Различают также смешанный дермографизм.

1. **Кожные пробы, методика постановки и оценки результатов.**

Аппликационные пробы обычно проводят на коже внутренней поверхности предплечья, живота или спины. Кожу на участке постановки пробы протирают 70% спиртом. На поверхность кожи накладывают квадратный кусочек марли размером от 1x1 до 2x2 см, смоченные раствором испытуемого вещества. Поверх марли накладывают компрессную бумагу, затем - квадрат или две полоски липкого пластыря. При наложении пластыря необходимо следить, чтобы его размер был больше кусочка марли. Затем область пробы фиксируется бинтовой повязкой. Пробу ставят на 24 часа. Анализ результатов кожных аппликационных тестов проводят через 48 часов с момента их постановки. При положительной пробе на коже отмечается развитие воспалительной реакции. Различают следующие степени положительных реакций: простую эритему (+); эритему, отечность, образование папул (++); интенсивную эритему, отечность, образование множественных папул и пузырьков (+++). Если эритема и папулезно - везикулезные. высыпания выходят за пределы аппликационной пробы - (++++).

**Эталон ответа к задаче №2**

1. **Назовите первичные и вторичные морфологические элементы сыпи, имеющиеся у данного больного. Дайте им определение.**

Пузырь (bulla)- ограниченное полостное образование, выступающее над уровнем кожи, имеющее резкие границы, округлые или овальные очертания. Пузыри вскрываются, образуя эрозии.

Эрозия (erosio) - поверхностный дефект эпидермиса.

1. **При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?**

Герпетиформный дерматоз Дюринга, пузырчатка, эпидермолизный пемфигоид, синдром Лайела.

1. **Дайте определение понятия «акантолиз».**

Акантолиз *–* разрушение связи между кератиноцитами шиповатого слоя вследствие повреждения их десмосомальных контактов, приводящее к образованию интраэпидермальных полостей.

1. **Какие виды морфологических элементов вы знаете? Дайте понятие об истинном и ложном полиморфизме. Приведите примеры.**

Первичные: пятно, узелок, узел, бугорок, волдырь, пузырек, пузырь, гнойничок.

Вторичные: вторичное пятно, эрозию, язву, рубец, чешуйку, корку, трещину, экскориацию, струп.

При истинном полиморфизмевысыпания состоят из разныхвидов первичных элементов,как, например, при дерматозе Дюринга, токсикодермии, вторичном сифилисе и других дерматозах. Ложный,или эволюционный, полиморфизмустанавливают, когда высыпания представленыэлементами одного вида, но они находятся на разных этапах развития(при экземе, стрептококковом импетиго и др.).

1. **Перечислите основные функции кожи. Назовите структуры и факторы, обеспечивающие эти функции.**
2. Защита организма против: а) механических раздражений (трение, давление, травмы), б) высыхания кожи и избыточной потери воды организмом, в) мацерации, г) ультрафиолетовых лучей, д) химических веществ, е) микробов, попавших на поверхность кожи, ж) патогенных микробов, проникших через верхние слои эпидермиса - миграция лейкоцитов из сосудов и проникновение в дерму и мальпигиев слой эпидермиса, приток антимикробных серологических продуктов, возникновение воспалительной реакции, ликвидирующей микробы

(пример - фурункул), з) электрического тока.

1. Участие в обмене веществ: водном, солевом, углеводном, белковом, жировом, витаминном.
2. Депонирующая роль кожи - кожа как запасное или защитное депо для воды, крови, солей, жиров и других продуктов.
3. Терморегуляция и защита от тепла и холода.
4. Секреция сальных и потовых желез.
5. Внутренняя секреция кожи - ацетилхолин, серотин, гистамин.
6. Выработка медиаторов и других БАВ.
7. Ферментативная функция - синтезируется много ферментов.
8. Кожа как орган чувств - тактильная, болевая, тепловая, холодовая и другие виды чувствительности.
9. Роль кожи в других безусловных и условных рефлексах организма.

**Эталон ответа к задаче №3**

1. **Дайте определение морфологическим элементам, имеющимся у данного больного.**

Пузырек (vesicula)- полостное образование, величиной от 1 до 5-10 мм в диаметре, содержащее серозную жидкость.

Корка (crusta)- ссохшийся экссудат. На данном рисунке изображена геморрагическая корка.

Эрозия (erosio) - поверхностный дефект эпидермиса.

Ссадина или экскориация, (excoriatio)- нарушение целостности кожного покрова в результате механического повреждения.

1. **При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?**

Данные морфологические элементы характерны для буллезных дерматозов (акантолитическая пузырчатка, герпетиформный дерматит Дюринга, пемфигоид Левера, пузырчатка глаз, болезнь Хейли-Хейли, пузырно – сосудистый синдром). Ссадины или экскориации характерны для чесотки, атопического дерматита, экземы. Ссадины могут возникать на слизистой в результате повреждения протезом, разрушенным зубом.

1. **Методика определения дермографизма. Какие виды дермографизма вы знаете? Приведите примеры.**

Дермографизм – ответная реакция сосудов кожи в ответ на механическое раздражение. Тупым концом палочки или ребром шпателя проводят по коже, полосу. Через 10-20 с, строго повторяя движения шпателя, появляется белая или красная полоса. При белом дермографизме (нейродермит, почесуха) полоса исчезает через 2—8 мин. Красный дермографизм (экзема) появляется несколько раньше и держится значительно дольше, иногда до 1 ч и более. Реже наблюдаются возвышенный, или уртикарный, дермографизм (крапивница) и рефлекторный, при котором гиперемия появляется в виде полосы шириной до 3 см. Различают также смешанный дермографизм.

1. **Какие специальные методы обследования дерматологического больного вы знаете? Приведите примеры.**

— дермографизм;

— мышечно-волосковый рефлекс;

— метод послойного поскабливания (гратаж);

— при туберкулезе используют метод диаскопии – надавливания на элементы сыпи предметным стеклом для выявления диагностического феномена «яблочного желе»;

— метод просветления – использование протирания очага вазелином или водой используется при диагностике КПЛ для выявления сетки Уикхема;

— феномен Никольского имеет диагностическую ценность в основном при истинной пузырчатке. При потягивании за обрывок покрышки пузыря наблюдается отслойка верхних слоев эпидермиса в пределах видимо здоровой кожи. Обусловлен акантолизом;

— тесты при аллергических состояниях; микологические, бактериологические, вирусологические, серологические тесты при дерматозах, вызванных микроорганизмами;

— иммунофлюоресцентные тесты при аутоиммунных заболеваниях: ангиографические исследования при сосудистых нарушениях;

|  |  |
| --- | --- |
| — | проктологическое исследование при анальных симптомах; |
| — | биохимические анализы; |
| — | рентгенологическое исследование, анализы крови и мочи; |
| — | гистологическое исследование. |
| **5.** | **Выпишите рецепт примочки.** |

Rp.: Tannini Acidi borici ana 10,0

Aquae destillatae 500 ml

M.D.S. Примочка

**Эталон ответа к задаче №4**

1. **Дайте определение первичным и вторичным морфологическим элементам сыпи.**

Фликтена – субкорнеальный дряблый плоский пузырь с прозрачным или слегка мутноватым содержимым (стрептококковый гной!), которое быстро подсыхает коркой серовато-желтоватого цвета.

1. **Какие патоморфологические механизмы лежат в основе развития полостного морфологического элемента сыпи?**

Механизм образования пузырька:

— межклеточный отек, или спонгиоз (экссудат скапливается в межклеточных щелях, расширяет их, нарушаются связи между клетками шиповатого слоя эпидермиса, что приводит к образованию мелких полостей);

— внутриклеточный отек, или вакуолизация клеток (в цитоплазме эпидермоцитов формируются вакуоли, которые увеличиваются, вскрываются, разрушая клетки, и образуя мелкие полости (аллергический дерматит, экзема, красная волчанка);

— баллонирующая дистрофия клеток (сочетание спонгиоза, внутриклеточного отека и акантолиза, сопровождающее некробиотические изменения эпидермоцитов, приводит к разобщению клеток и образованию интраэпидермальной полости. При этом дистрофически измененные, шарообразной формы клетки эпителия (иногда многоядерные) находятся в содержимом пузырька.

Механихм образования пузыря:

— внутриэпидермальная щелевидная полость в эпидермисе возникает из-за характерной дегенерации клеток эпидермиса, сопровождающийся нарушением их десмосомальных связей (акантолиз).

— полость под эпидермисом возникает из-за нарушения связи клеток с базальной мембраной. При этом отслаивается весь эпидермис (эпидермолиз). Возникает при пемфигоиде, синдроме Лайела.

Гнойничок (фолликулярная пустула):

— возникает в резельтате дистрофии и некроза эпидермоцитов, с нейтрофилами в содержимом. В дерме – очаговая инфильтрация в основном нейтрофильными гранулоцитами. Полость с гнойны содержимым расположена в устье волосяного фолликула.

1. **При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?**

При стрептодермиях, стрептостафилодермиях.

1. **Как называется глубокая эпидермо-дермальная пустула с ограниченным некрозом подлежащего участка дермы?**

Эктима.

1. **Какие наружные лекарственные формы, применяемые в лечении дерматологического больного, вы знаете? Выпишите рецепт анилинового красителя.**

Наиболее часто применяются следующие лекарственные формы:

раствор, присыпка (пудра), взбалтываемая взвесь, гель, паста, аэрозоль, крем, мазь, лак, пластырь.

Rp: Sol. Methyleni blaue 1% 10,0

D.S. Смазывать элементы сыпи 1-2 раза в день.

**Эталон ответа к задаче №5 1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи.**

Гнойничок (pustulа) – полостное возвышающееся образование, величиной от 1 до 10 мм, содержащее гной.

1. **Какие патоморфологические механизмы лежат в основе развития данных морфологических элементов?**

Механизм образованиягнойничка: некроз клеток эпидермиса с формированием гнойной полости. Образованию пустулы предшествует повреждение кератиноцитов продуктами жизнедеятельности гноеродных микробов (экзогенные факторы инфекционной природы) и энзимами нейтрофильных гранулоцитов. При некоторых дерматозах образование пустулы бывает обусловлено действием недостаточно изученных эндогенных факторов неинфекционной природы (так называемые «амикробные пустулезные дерматозы»).

1. **При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?**

Пустулезные элементы сыпи характерны для гнойничковых заболеваний кожи, стерильные пустулы для пустулезного псориаза Цумбуша, болезни Снеддона-Вилькинсона, пустулезного бактерида Эндрюса, герпетиформного импетиго Гебры.

1. **Что такое «пробное» лечение? В каких случаях оно применяется?**

Применяется в случаях, когда установление диагноза затруднительно, а для лечения подозреваемого заболевания имеются специфические средства. Так, например, имеется подозрение на бугорковую разновидность третичного сифилиса. Серологические и другие реакции либо отрицательны, либо сомнительны. Клинически высыпания напоминают также и высыпания при вульгарной волчанке. Для их отличия проводят пробное лечение сифилиса специфическими средствами (настойка йода, висмут, бензил-пенициллин) и по его результатам устанавливают окончательный диагноз. В данном случае можно провести пробное лечение и противотуберкулезными средствами — препаратами изоникотиновой кислоты и др. С провокационной целью иногда местно применяют серную мазь при розовом лишае, настойку йода — при хронической язвенной пиодермии, герпетиформном дерматозе Дюринга, лепре и др.

1. **Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах кожи.**

Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи для прекращения мокнутия и уменьшения воспаления. Применяются холодными. Примочки охлажденных растворов применяют при экземе, аллергическом дерматите и токсикодермии, к примеру, Sol. Acidi borizi 12%, Sol.Tanini 2%, Sol.furacillini 0,01-0,05%. Примочка делается следующим образом: стерильную салфетку или широкий бинт смачивают в лекарственном растворе (для грудных детей комнатной температуры). Для детей дошкольного, школьного возраста – охлажденные, отжимают и накладывают на пораженную поверхность. Не допускать согревание (не более 2-3 мин.).

**Эталон ответа к задаче №6**

1. **Назовите морфологические элементы. Дайте им определение. Как классифицируют данный первичный морфологический элемент?**

Узелок, папула (papula) – возвышающееся над уровнем кожи бесполостное образование различной плотности, воспалительного или невоспалительного происхождения.

Выделяют воспалительные и невоспалительныепапулы. По форме различают плоские(эпидермальные и эпидермодермальные), полушаровидные(дермальные) и остроконечные(фолликулярные) папулы. По размерам папулы делят на милиарные(размером с просяное зерно – до 2 мм в диаметре), лентикулярные (размером с чечевицу – около 5-7 мм в диаметре), нуммулярные(размером с монету – около 2-3 см в диаметре) и бляшки(5 см и больше в диаметре).

Чешуйка (squama) - роговые пластинки, потерявшие связь с нижележащими слоями эпидермиса.

1. **Какой патоморфологический процесс лежит в основе образования данных морфологических элементов?**

Механизм образованияпапул:

Пролиферация в эпидермисе. Ускоренная пролиферация кератиноцитов отражается тремя патоморфологическими феноменами: акантозом, гипергранулезом и гиперкератозом.

Инфильтрация в дерме. В дерме при различных патологических процессах может формироваться инфильтрат, состоящий из разных клеточных элементов (лимфоцитов, гистиоцитов, тучных клеток и др.) воспалительного и невоспалительного (например, опухолевого) генеза.

Пролиферация различных структур дермы. При различных патологических процессах в дерме может быть пролиферация ее компонентов (кровеносных и лимфатических сосудов, секреторных отделов и выводных протоков желез и др.) опухолевого и неопухолевого генеза.

Отложение продуктов метаболизма (липидов, муцина, амилоида, кальция и др.).

1. **При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?**

Папулы, образующиеся вследствие отложения клеточного инфильтрата при сифилисе, псориазе, новообразования эпителия - бородавки, отложения инородных частиц патологических продуктов обмена (холестерина, амилоида, слизи, кальция и др.). Папулы эпидермальные - бородавки, дермальные - сифилитические папулы, эпидермодермальные - экзема, красный плоский лишай, псориаз.

1. **Какие виды шелушения вы знаете?**

Выделяют патологическое и физиологическое шелушение. В зависимости от размеров и вида отторгшихся чешуек различают несколько разновидностей шелушения: муковидное(дисперсность «муки»), отрубевидное*,* или питириазиформное(дисперсность «отрубей»), пластинчатое(крупно- и мелкопластинчатое) и эксфолиативное(крупными пластами).

1. **Дайте определение понятия «граттаж».**

Поскабливание (граттаж) – распространенный диагностический прием в дерматовенерологии. Производится он предметным стеклом, либо тупым скальпелем. С помощью этого метода модно обнаружить шелушение кожи, определить его характер (муковидное, отрубевидное, мелкопластинчатое, крупнопластинчатое), плотность прикрепления чешуек к поверхности кожи, с помощью поскабливания определяется спаянность чешуек и корок с элементами нижележащей сыпи, степень сухости или влажности корок, характер поверхности кожи под ними. Иногда при поскабливании отмечается болезненность (симптом Мещерского-Бенье при дискоидной красной волчанке). Метод применяется для диагностики псориаза (определение «псориатической триады»: феномен «стеаринового пятна», «терминальной пленки» и «кровяной росы»), а также при диагностике отрубевидного лишая, парапсориаза и др.

**Эталон ответа к задаче №7**

1. **Дайте определение морфологическим элементам сыпи.**

Лихенификация (lichenificatio) - ограниченное уплотнение кожи с подчеркнутым кожным рисунком. Напоминает шагреневую кожу.

Ссадина или экскориация, (excoriatio) - нарушение целостности кожного покрова в результате механического повреждения. Корка (crusta) - ссохшийся экссудат.

1. **Какие элементы обнаруживаются при снятии корок?** Эрозия или язва.
2. **При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?**

Лихенификация характерна для атопического дерматита. Экскориации характерны для чесотки, атопического дерматита, экземы. Ссадины как правило, возникают вследствие расчесов, могут возникать на слизистой в результате повреждения протезом, разрушенным зубом. Корки образуются после регресса полостных элементов (пузырьков, пузырей, пустул) и на язвах.

1. **Что такое феномен Кебнера (изоморфная реакция раздражения)? Как он определяется?**

Феномен Кебнера (изоморфная реакция) свойствен ряду заболеваний, особенно псориазу и красному плоскому лишаю в стадии прогрессирования. На месте нанесения на кожу каких-либо порезов, царапин, ожогов появляются папулы, характерные для данного дерматоза.

При третичном сифилисе в области травмы часто возникают сифилитические гуммы, что также можно отнести к проявлениям изоморфной реакции.

Для получения феномена Кебнера с диагностической целью рекомендуется облучать небольшой участок кожи (2X2 см) гиперэритемной дозой кварца. Через 1—2 сут на данном участке появляются типичные высыпания.

1. **Выпишите рецепт цинковой пасты.**

Rp: Pastae Zinci 40,0

D.S. Наносить на очаги 2 раза в день

**Эталон ответа к задаче №8**

1. **Дайте определение морфологическим элементам сыпи.**

Бугорок (tuberculum)- образование, слабо возвышающееся над уровнем кожи и слизистой, величиной до 5-70 мм, образующееся в результате отложения специфического клеточного инфильтрата в собственно коже или в нижних отделах соединительнотканного слоя слизистой оболочки.

1. **Какой патоморфологический процесс лежит в основе образования данных морфологических элементов?**

Механизмом образованиябугорка является продуктивное гранулематозное воспаление в дерме, вследствие кооперации эпителиоидных клеток, лимфоцитов, гигантских клеток типа Лангханса. В дебюте бугорок имеет большое сходство с воспалительной папулой и для дифференциации решающим является гистологическое исследование.

1. **При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?**

Туберкулез, третичный сифилис, лепра, саркоидоз и др.

1. **Какие вторичные морфологически элементы сформируются в результате эволюции данных?**

Как правило, бугорки изъязвляются с последующим рубцеванием, реже рассасываются и оставляют рубцовую атрофию. На слизистой оболочке рта бугорки довольно быстро изъязвляются.

1. **Выпишите рецепт примочки.**

Rp: Sol. Resorcini 2% 300,0 D.S. Для примочек.

**Эталон ответа к задаче №9**

1. **О каких морфологических элементах идет речь?** Пятно (macula)- ограниченное изменение цвета кожи.
2. **При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?**

Розеола наблюдается при вторичном периоде сифилиса. Геморрагические пятна возникают вследствие разрыва кровеносных сосудов или в результате повышения проницаемости сосудистой стенки. Пигментные пятна - веснушки, хлоазмы, невусы пигментные, витилиго. Пигментация, вызываемая свинцом, висмутом и ртутью на слизистой полости рта преимущественно располагается в виде каймы по десневому краю.

1. **Дайте классификацию данного морфологического элемента. Приведите примеры.**

Различают пятна сосудистые и несосудистые. Сосудистые: воспалительные и невоспалительные. Воспалительные пятна образуются вследствие расширения кровеносных сосудов. При надавливании пальцем или предметным стеклом они исчезают. Розеола – сосудистое воспалительное пятно размером до 2 см. Наблюдается при вторичном периоде сифилиса. Эритема - сосудистое воспалительное пятно размером более 2 см. Невоспалительные сосудистые пятна - геморрагические пятна и телеангиэктазии. Геморрагические пятна возникают вследствие разрыва кровеносных сосудов или в результате повышения проницаемости сосудистой стенки. По величине и форме их принято разделять на петехии (точечное кровоизлияние), пурпуру (кровоизлияние величиной до 1-2 см), экхимозы (более 2 см), линейное кровоизлияние (vibices), кровоподтеки (sugillatio). При надавливании на них цвет пятен не изменяется. Телеангиэктазии - стойкое расширение сосудов. К несосудистым пятнам относятся пигментные пятна. Они образуются в результате изменения содержания меланина в коже. Различают гиперпигментированные и депигментированные пятна. Они могут быть врожденными, и приобретенными. Примером могут служить веснушки, хлоазмы, невусы пигментные, витилиго. **4. Дайте определение понятия «диаскопия».**

Диаскопия (витропрессия) - надавливание на пораженный участок кожи предметным стеклом либо специальным прибором – диаскопом, представляющим собой прозрачную пластмассовую пластинку. С помощью этого метода можно определить характер элемента (сосудистый, пигментный и др.), если эритема вызвана расширением сосудов, при диаскопии она исчезает и появляется нормальная окраска кожи. При геморрагии и пигментации окраска не меняется. Этот метод помогает при диагностике туберкулезной волчанки (феномен «яблочного желе»), розеолезной сыпи, кольцевидной телеангиэктатической пурпуры Майокки и других разновидностей пурпуры. **5. Чем представлен нервный аппарат кожи?**

Иннервация кожи обеспечивается афферентными и эфферентными нервными волокнами, образующими субэпидермальное и дермальное сплетения. Эфферентные волокна иннервируют гладкомышечную ткань кровеносных сосудов, потовые железы и мышцы, поднимающие волос. Афферентные волокна связаны с инкапсулированными нервными окончаниями (пластинчатые тельца Фатера-Пачини, концевые колбы Краузе, осязательные тельца Руффини, осязательные тельца Мейснера, генитальные тельца Догеля и др.), располагающимися в дерме и являющимися механорецепторами. Афферентные волокна также связаны со свободными нервными окончаниями (ноцицепторами и терморецепторами) в эпидермисе и в дерме.

**Эталон ответа к задаче №10**

1. **Какие факторы могли способствовать возникновению данного морфологического элемента?**

Гидрадениты чаще наблюдаются у женщин, благоприятствует их развитию избыточная потливость, недостаточная гигиена, бритье подмышечных впадин, наличие некоторых дерматозов (опрелость, интертриго и др.) Нередко они наблюдаются у тучных людей в летнее время, иногда отмечается связь с нарушением функции половых желез у женщин. В качестве осложнений возможен лимфангоит, флегмона, экзематизация.

1. **Какие патоморфологические механизмы лежат в основе развития данного морфологического элемента?**

Механизм образованиягнойничка: некроз клеток эпидермиса с формированием гнойной полости. Образованию пустулы предшествует повреждение кератиноцитов продуктами жизнедеятельности гноеродных микробов (экзогенные факторы инфекционной природы) и энзимами нейтрофильных гранулоцитов. При некоторых дерматозах образование пустулы бывает обусловлено действием недостаточно изученных эндогенных факторов неинфекционной природы (так называемые

«амикробные пустулезные дерматозы»).

1. **Как проводится исследование содержимого пузырей, пузырьков, пустул?**

Проба имеет большое диагностическое значение при герпетиформном дерматозе Дюринга и ряде других заболеваний кожи. Поверхность пузырька протирают ватным тампоном, смоченным спиртом, после чего стерильным шприцем (лучше инсулиновым) пунктируют полостной элемент и полученную жидкость исследуют под микроскопом обычным методом. При герпетиформном дерматозе Дюринга эозинофилия в пузырной жидкости достигает 30—50 %.

В ряде случаев, особенно при пиодермии, необходимо определить чувствительность возбудителя к антибиотику. Материал для исследования желательно брать непосредственно из полостного элемента (фликтены *—* при стрептодермии, фолликулярной пустулы — при стафилодермии), а не с поверхности вскрывшихся элементов.

Посев полученного при пункции материала ил питательную среду и изучение свойств данного штамма пиококков позволяют более целенаправленно проводить терапию и необходимы, для приготовления аутовакцины.

Для диагностики пустулезного псориаза также берут гной из невскрывшихся элементов. При правильной постановке исследования в соблюдении стерильности взятия материала у этих больных гной оказывается стерильным.

**4. Как называется скопление гноя в глубине дермы или в подкожной жировой клетчатке?** Абсцесс **5. Перечислите слои эпидермиса, дермы.**

Эпидермис - состоит из 5-ти слоев клеток: базальный слой, шиповатый слой, зернистый слой, блестящий слой, роговойслой.

Дерма - состоит из сетчатого и сосочкового слоев.

**ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ**

**1. Пиодермии. Чесотка.**

**Эталон ответа к задаче №1 1.Поставьте диагноз.** Фолликулит.

**2.В чем причина заболевания?**

Пиодермии – наиболее распространенные заболевания кожи во всех возрастных группах. По-видимому, это обусловлено тем, что стафилококки, стрептококки часто обнаруживаются в окружающей человека среде (в воздухе, пыли помещений, а также на одежде, коже человека). Неповрежденная чистая кожа служит надежным барьером для проникновения бактерий внутрь. Однако при повреждениях кожи (ссадины, трещины, травмы), загрязнении ее смазочными маслами, пылью, горючими жидкостями, при неправильном уходе за кожей нарушаются ее функции, в том числе и защитная. Развитию заболевания способствуют снижение иммунной защиты организма, нарушения состава пота и изменение рН водно-липидной мантии кожи, состава и количества сального секрета, несбалансированное питание, гиповитаминоз (А, С, группы В), эндокринные нарушения (сахарный диабет и др.), переутомления, переохлаждения и др.

**3.Составьте план обследования больного.**

 ОАК, ОАМ.

 Биохимический анализ крови:общий белок, общий билирубин, АЛТ, ACT, ЩФ, креатинин, мочевина, глюкоза.

 Исследование показателей иммунологического статуса.

 Микробиологическое выделение и идентификация микробной флоры кожи с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам.

**4.Определите комплекс санитарно-гигиенических мероприятий.**

Основой контроля за стафилококковой инфекцией в больницах (и в любом другом месте) является тщательное соблюдение гигиенических стандартов и неукоснительное соблюдение правил асептики. Циркулирующие патогенные штаммы стафилококка также чувствительны к дезинфицирующим средствам, как и обычные непатогенные штаммы.

Важное мероприятие - выявление носителей патогенного стафилококка (на слизистой носа) среди персонала, особенно в отделениях новорожденных. Фаготипирование коагулазоположительных стафилококков помогает выявить источник в случае внутрибольничных инфекций.

**5.Выпишите рецепты на наружные средства.**

|  |  |
| --- | --- |
| Rp: Sol. Methyleni blaue 1% 10,0 D.S. Смазывать элементы сыпи 12 раза в день.    Rp: Liquoris Castellani 50,0  D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день.  **Эталон ответа к задаче №2**  **1. Поставьте диагноз.** | Rp: Ung. Erythromycini 1% 10,0  D.S. Смазывать очаги 2 раза в день.    Rp: Ung. Heliomycini 4% 25,0  D.S. Смазывать очаги 2 раза в день. |

Фурункул носогубного треугольника. **1. Этиология и патогенез заболевания.**

Возбудителем заболевания является стафилококк. Развитию пиодермии способствуют экзогенные и эндогенные факторы.  **2. Укажите возможные осложнения.**

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

**3. Где должна получать лечение больная?** В хирургическом стационаре.

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

 своевременная антисептическая обработка микротравм, трещин, раневых поверхностей.

 рациональный уход за кожей лица.

**Эталон ответа к задаче №3**

1. **Поставьте диагноз.**

Распространенная чесотка, осложненная пиодермией.

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

Необходимо обнаружение чесоточного клеща. Забор материала для исследования проводится одним из ниже перечисленных методов:

* извлечение иглой из слепого конца чесоточного хода.
* тонкие срезы эпидермиса в области чесоточного хода или пузырька.
* соскоб глазной ложечкой свежих элементов до появления капель крови.
* «щелочное препарирование» - проводят обработку элементов сыпи 10-20% раствором натрия гидроксида, делают соскоб глазной ложечкой.
* нанесение на чесоточные элементы 40% водного раствора молочной кислоты с последующим соскабливанием глазной ложечкой до появления капель крови с микроскопией материала в капле раствора молочной кислоты (предпочтителен).
* при микроскопии выявляются самки клеща, яйца, оболочки яиц, личинки и их фрагменты.

1. **Этиология заболевания.**

Возбудитель заболевания – чесоточный клещ.

Заражение возникает при контакте с больным чесоткой или через инфицированное белье. Клещ быстро проникает в кожу, оставляя в ней экскременты. В развитии сыпи (за исключением чесоточных ходов) существенную роль играют аллергические реакции замедленного типа. Зуд возникает в результате сенсибилизации к чесоточному клещу и продуктам его жизнедеятельности.

1. **С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?**

Экзема, атопический дерматит, почесуха, педикулез, вульгарное импетиго.

1. **Составьте план лечения. Выпишите рецепты.** Общая терапия:
2. Гипосенсибилизирующая терапия (глюконат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%, кальция хлорид 10%).
3. Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, телфаст, эриус, зиртек, ломилан).

Наружная терапия:

1. Бензилбензоат 20% эмульсия – 200 мл. – применяется на 1 и 4 день или перметрин (медифокс) 5% эмульсия или аэрозоль «Спрегаль» или серная мазь 33%.
2. Пустулезные элементы вскрыть стерильной иглой, обработать растворами анилиновых красителей (1-2 % раствором метиленового синего, 0,5 % раствором перманганата калия, краской Кастеллани). На серозно – геморрагические корки наложить мази с антибиотиками (тетрациклиновую, эритромициновую, гентамициновую).

Rp.:Methyleni coerulei 0,5

Spiritus aethylici 70%-50,0

M.D.S. Для туширования сыпи.

Rp: Benzylii benzoatis 40,0

Saponis viridis 3,0

Aq. Fontanae ad 200,0 M.D.S. Втирать в кожу дважды по 10 мин (перерыв 10 мин).

Rp: Ung. Sulfurati 33% 100,0

D.S. Смазывать кожу 1 раз в день.

Rp: Sol. Medifox 24,0 D.S. Растворить 8 мл. раствора в 100 мл. воды. Втирать в кожу 1 раз в день (на ночь).

Rp: Aerosoli “Spregal” 152,0 D.S. Путем распыления нанести

на кожу однократно, предпочтительно вечером.

**Эталон ответа к задаче №4** 1. **Поставьте диагноз.**

Стрептококковое импетиго. 2. **Этиология и патогенез заболевания.**

Возбудителем заболевания является стрептококк. Стрептодермия – это вялотекущий воспалительный процесс с тенденцией к диссеминации, ранним развитием лимфангоитов и лимфаденитов, нарушением общего состояния организма.

1. **Какие клинические разновидности данного заболевания Вы знаете?**

Импетиго стрептококковое, щелевое импетиго, паронихия, папулоэрозивная стрептодермия, интертригинозная стрептодермия, стрептодермия острая диффузная

1. **Составьте план лечения больной. Выпишите рецепты.**

1. Режим предполагает рациональный уход за кожей в очаге поражения, так и вне его.

2.Анилиновые красители(бриллиантового зеленогоспиртовой раствор 1%, фукорцинспиртовой раствор, метиленовый синий1—3% водный раствор, калия перманганата0,01—0,1% раствор, аппликации 2—3 р/сут.)

3. 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).

Rp: Liquoris Castellani 50,0 Rp: Ung. Erythromycini 1% 10,0

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

2 раза в день. день.

Rp: Fucorcini 25,0 Rp: Ung . Hentamycini 0,1%-10,0

D.S. Смазывать очаги 1 раз в D.S. Наносить на очаги день. поражения 2-3 раза в день.

5. **Профилактические мероприятия.**

 Отстранение больной от работы с детьми в детском саду до полного выздоровления.

 Тщательное наблюдение за детьми в детском саду (для предотвращения вспышки гнойной инфекции).

 Тщательное соблюдение гигиенических стандартов и неукоснительное соблюдение правил асептики.

 Выявление носителей патогенного стафилококка (на слизистой носа) среди персонала.

 Правильная обработка микротравм, туалет здоровой кожи.

**Эталон ответа к задаче №5**

**1. Поставьте диагноз.** Вульгарный сикоз. **2. Этиология и патогенез заболевания.**

Сикоз стафилококковый (вульгарный) - хронический рецидивирующий, диффузный, поверхностный фолликулит (остиофолликулит) с мощной перифолликулярной воспалительной инфильтрацией верхних отделов дермы. Одной из основных клинических особенностей являются постоянные рецидивы остиофолликулитов и фолликулитов в одном и том же фолликуле.

Болезнь наблюдается почти исключительно у мужчин в области бороды, усов, щек, реже в области бровей, края век, подмышечных впадин, лобка, волосистой части кожи головы, а при выраженном гипертрихозе – на конечностях и туловище. У женщин заболевание иногда наблюдается в области лобка, подмышечных впадин и на волосистой части головы. Возможны случаи заболевания сикозом и среди детей с локализацией на коже головы.

Клинические наблюдения показывают, что сикозу верхней губы обычно предшествуют явления ринита или упорно рецидивирующие фолликулиты на внутренних поверхностях крыльев носа. Эти же моменты способствуют возникновению коньюнктивита и сикозного блефарита. Сикоз подбородка может быть связан со случайно возникшим и не леченным стафилококковым импетиго после бритья.

**3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз и какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?**

Дифференцируют с:

* + паразитарным сикозом (инфильтративно-нагноительной трихофитией)

В случае затруднений при установлении диагноза необходимо провести бактериоскопическое исследование волос и гноем, а также выполнить кожные пробы с трихофитоном.

* + люпоидным сикозом

Люпоидный сикоз представляет собой своеобразно протекающий хронический стафилогенный гнойный фолликулит с довольно мощной перифолликулярной инфильтрацией по типу хронического воспаления, заканчивающийся рубцеванием и гибелью волосяных фолликулов. Процесс длится многие годы. Поражение постепенно расширяется за счет появления новых фолликулитов по периферии, а в центре его развивается рубцовое облысение, порой келоидного вида.

* + сикозиформной экземой

Вульгарный сикоз по сравнению с сикозиформной экземой протекает с менее выраженными острыми воспалительными явлениями, с менее интенсивным зудом и без мокнутия.

**4. Составьте план лечения больного.**

Общее лечение:

* 1. На первоначальных и заключительных этапах лечения - антибиотики (с учетом данных антибиотикограммы), режим дозирования индивидуальный в зависимости от тяжести течения и распространенности процесса (макролиды, линкомицин, цефалоспорины 1 и 2-го поколений).
  2. Неспецифическая стимулирующая терапия: аутогемотерапия, пирогенал, продигиозан.
  3. Специфическая иммунотерапия: стафилококковые вакцины, стафилококковый антифагин.
  4. Индивидуальное лечение фоновых нарушений.
  5. Иммунокорригирующая терапия: тактивин, нуклеинат натрия, димоцифон.

Наружная терапия:

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).

Очаг поражения обрабатывается антисептическими растворами (1% спиртовой раствор хлорофиллипта, фукорцин, 1% раствор метиленовой синьки). Пустулезные элементы сыпи необходимо 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.

**5. Выпишите рецепты.**

Rp: Sol. Pioctanini spirituosae 1% 50,0 D.S. Смазывать очаги 2 раза в день.

Rp: Sol. Methyleni blaue 1% 10,0

D.S. Смазывать элементы сыпи 12 раза в день.

Rp: Sol. Viridis nitentis spirit. 1%

10,0

D.S. Смазывать элементы сыпи 12 раза в день.

Rp: Iodi puri5,0

Sp. aethylici 96% ad 100,0

M.D.S. Смазывать очаги 1-2 раза в день.

Rp: Liquoris Castellani 50,0

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

Rp: Ung. Heliomycini 4% 25,0

D.S. Смазывать очаги 2 раза в день.

Rp: Ung. Tetracyclini 3%-10,0

D.S. Наносить на очаги поражения 1-2 раза в сутки.

Rp: Ung. Neomycini sulfatis 2%-

15,0

|  |
| --- |
| Rp: Fucorcini 25,0 раза в сутки. |

Наносить на очаги поражения 2

D.S. Смазывать очаги 1 раз в день.

Rp: Aerosoli "Neogelasol" 60,0

D.S. Для орошения участков поражения.

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

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

Rp: Ung. Lyncomycini 2%-15,0

D.S. Наносить на очаги

Rp: Ung. Erythromycini 1% 10,0 поражения.

D.S. Смазывать очаги 2 раза в день.

**Эталон ответа к задаче №6**

**1. Поставьте диагноз.** Фурункулез. **2. Этиология и патогенез заболевания.**

Возбудителями гнойных инфекций чаще всего являются стафилококки. В эпидемиологии стафилококковой инфекции большое значение придается стафилококконосительству. Развитию пиодермии способствуют экзогенные и эндогенные факторы.Все патологические изменения в макроорганизме обусловливают недостаточность иммунной системы.

1. **Составьте план обследования больной.**  ОАК, ОАМ.

 Биохимический анализ крови:общий белок, общий билирубин, АЛТ, ACT, ЩФ, креатинин, мочевина, глюкоза.

 Гистологическое исследование биоптата кожи(в сомнительных случаях).

 Исследование показателей иммунологического статуса(по необходимости).

 Микробиологическое выделение и идентификация микробной флоры кожи с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам.

1. **Особенности наружной терапии. Выпишите рецепты.** Местное лечение:

 Анилиновые красители(бриллиантового зеленогоспиртовой раствор 1%, фукорцинспиртовой раствор, метиленовый синий1—3% водный раствор, калия перманганата0,01—0,1% раствор, аппликации 2—3 р/сут.)

 Антисептические наружные препараты (раствор перекиси водорода**,** хлоргексидина биглюканат0,5% спиртовой, 1% водный раствор, хлорофиллиптмасляный раствор 2%, аппликации 2-3 р/сут.).

 Антимикробные препараты (неомицина сульфат+ бацитрацин цинк**,** гентамицина сульфат0,1% мазь или крем, фузидовая кислота2% крем или мазь, мупироцин 2% мазь, эритромицинмазь, линкомицина гидрохлоридмазь, сульфатиазол серебра1% крем, цинка гиалуронатраствор или гель, аппликации.

 Топические комбинированные ГКС-препараты (тетрациклина гидрохлорид + триамцинолона ацетонид, гидрокортизона ацетат + окситерациклина гидрохлорид, фузидовая кислота + бетаметазон, фузидовая кислота + гидрокортизон, бетаметазона валерат + гентамицина сульфат, аппликации).

 Препараты с противовоспалительным, антисептическим действием (ихтиоловая мазь10%, ихтиоловая паста2—5%, аппликации на гнойничковые элементы).

**5. Рекомендации больной после проведения курса терапии.**

 Лечение выявленных сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, болезней пищеварительного тракта, ЛОР органов и др.)

 Полноценная диета, богатая витаминами. В пище ограничение соли, углеводов, исключение алкоголя.

 Противорецидивное лечение (курс витаминотерапии, фитотерапии, УФО, иммунокорригирующая терапия).

 Диспансерное наблюдение. Периодические медицинские осмотры детских коллективов и лиц декретированных групп.

**Эталон ответа к задаче №7**

1. **Поставьте диагноз.** Норвежская чесотка.
2. **Какие факторы пособствуют развитию данной формы заболевания?**

Развивается на фоне иммунодефицитных состояний, способствуют длительное лечение цитостатическими и глюкокортикоидными препаратами, алкоголизм, истощение и др. **3. Общие правила терапии данного заболевания.**

 обрабатывать противочесоточным препаратом весь кожный покров, а не только пораженные участки;

 проводить лечение в вечернее время, что связано с активностью возбудителя ночью;

 строго соблюдать рекомендованную врачом методику лечения;

 мыться непосредственно перед началом лечения и после его завершения;

 проводить смену нательного и постельного белья до лечения и после его окончания.

1. **Особенности лечения данной формы заболевания.**

После снятия массивных корок (в результате применения кератолитических мазей и общих ванн) проводят курсы лечения чесотки обычными антискабиозными препаратами, вплоть до полного излечения. Важно выяснить патогенез иммунодефицитного состояния, т. е. установить заболевание (состояние), которое привело к резкому ослаблению реактивности больного (анергии), и по возможности провести его коррекцию. В помещении, где находится больной, и в его окружении следует постоянно проводить все необходимые противоэпидемические мероприятия для предотвращения заражения медицинского и обслуживающего персонала.

1. **Нужно ли проводить противоэпидемические мероприятия при этом заболевании? Если да, то какие?**

Профилактика чесотки включает активное раннее выявление больных чесоткой, своевременное их лечение, заполнение извещения (форма 089). Важно установление очагов чесотки и работа по их ликвидации (осмотр и обработка членов семьи, лиц, проживающих с больным в одном помещении, членов организованных коллективов и др.). Очень важно проводить одновременное лечение всех больных, выявленных в одном очаге (для профилактики реинвазии). Необходима организация и проведение текущей и заключительной дезинфекции в очагах чесотки (самостоятельно и с привлечением СЭСрайона). Осуществляют термообработку вещей (проглаживают утюгом), временно

(на 3-5 дней) исключают из пользования веши, распыляют препарат АПАР, для дезинсекции помещения применяют 0,2% водную эмульсию медифокса.

**Эталон ответа к задаче №8**

**1. Поставьте диагноз.**

Карбункул с локализацией на задней поверхности шеи. **2. Этиология и патогенез заболевания.**

Вызывается чаше все наиболее патогенным золотистым стафилококком. В патогенезе развития карбункула несомненное значение имеет ослабление защитных сил организма (пожилой возраст, истощение, сахарный диабет, иммунодепрессивные состояния и др.).

**3. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?** Дифференцируют с:

* сибиреязвенным карбункулом – в тех случаях, когда на поверхности карбункула образуется некротическая корка и острые воспалительные явления недостаточно выражены. Для установления правильного диагноза необходимо проводить бактериоскопическое исследование.
* с фурункулами, расположенными на ограниченном участке кожи, карбункул отличается наличием выраженного плотного и болезненного инфильтрата, на котором располагаются пустулы и фурункулы. Подобный инфильтрат не образуется при наличии фурункулов, расположенных близко друг к другу.
* флегмоной шеи – необходимость в дифференциальной диагностике возникает вначале заболевания, когда имеется только болезненный ограниченный инфильтрат; в дальнейшем при появлении на поверхности инфильтрата пустул и фурункулов, вскрывающихся с образованием некротических стержней, диагноз карбункула становится очевидным. **4. Наметьте план лечения. Выпишите рецепты.**

Назначают антибиотики, в частности группы пенициллина (в/м инъекции по 100 000 ЕД через 3 часа), а также другие антибиотики. При вялом течении заболевания антибиотики можно сочетать с неспецифической стимулирующей терапией (аутогемотерапия). В тяжелых случаях возможно одновременное назначение антибиотиков и сульфаниламидов. По вскрытии карбункула – отсасывающая повязка с гипертоническим раствором хлорида натрия. При вялом отхождении некротических масс рекомендуется применение салициловой кислоты или салицилата натрия, которым покрывают поверхность карбункула слоем толщиной примерно 0.5 см. Обширный некроз тканей, прогрессирующий отек, нарастающая интоксикация служит показанием к оперативному вмешательству, переливанию крови, введению плазмозамещающих растворов. Обязательна тщательная дезинфекция окружающей эдоровой кожи, как и при лечении фурункула.

**5. Выпишите рецепты.**

Rp:Ol. Ricini20,0

Xeroformii 1,2 Rp: Ung. Lyncomycini 2%-15,0 Vinylini 1,0 D.S. Наносить на очаги M.f. linimentum поражения.

D.S. Для мазевых повязок .

**Эталон ответа к задаче №9**

1. **Поставьте предварительный диагноз.** Шанкриформная пиодермия
2. **С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?** Дифференцируют с:

* твердым шанкром - помогают дифференцировать наличие спирохет в отделяемом язв, отрицательные серологические реакции при неоднократных исследованиях, отсутствие других признаков сифилиса, наличие иногда типичных проявлений пиодермии по периферии очага.
* базоцеллюлярной эпителиомой, для которой в отличие от пиодермии характерно наличие эрозивной или изъязвленной бляшки, небольших размеров, иногда окруженной хрящевидными блестящими узелками наподобие жемчужин. Окончательно
* спиноцеллюлярной эпителиомой, для которой в стадии изъязвления характерно наличие язвы с легко кровоточащими краями, на дне которой видны скопления ороговевших клеток бело-желтого цвета; в дальнейшем увеличивается спаянность опухоли с подлежащими тканями, прорастание ее в глубину, быстро возникают метастазы в лимфоузлах, чего не наблюдается при шанкриформной пиодермии. Клинический диагноз эпителиомы подтверждают результаты гистологического исследования и обследования больного в онкологическом учреждении. **3. Этиология и патогенез заболевания.**

Все формы хронических атипических пиодермии имеют общие признаки:

1. Наличие иммунодефицита.
2. Хроническое течение.
3. Гранулематозное строение инфильтрата в дерме и гиподерме.
4. Резистентность к лечению антибактериальными препаратами при сохранении чувствительности выделенной из очагов микробной флоры к этим антибактериальным средствам.
5. Высокая чувствительность кожи к различным раздражителям.

Хронические атипические пиодермии могут начинаться с обычных пиодермии, а также на месте травм кожи, вторично осложненных пиококковой инфекцией, постепенно превращаясь в язвенную и язвенновегетирующую атипичную форму, клинически напоминающую туберкулез кожи или глубокие микозы (бластомикоз).

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

Диагноз основывается на клинической картине и на результатах микробиологических, гистологических и иммунологических исследований.

1. **Наметьте план лечения. Выпишите рецепты.**

В начальном периоде рекомендуется обмывание язвы перекисью водорода или теплым раствором перманганата калия с последующей присыпкой сульфаниламидами. В дальнейшем с целью стимулировать образование грануляций показаны повязки с мазью Микулича. При длительно существующих язвах – цинкжелатиновые повязки, одновременно общеукрепляющее лечение, витаминотерапия.

**Эталон ответа к задаче №10**

1. **Поставьте диагноз.** Гидраденит.

1. **Этиология и патогенез данного заболевания.**

Заболевание присуще половозрелым людям, у которых активно функционируют апокриновые потовые железы. Наиболее частой является локализация гидраденита в подмышечных зонах. Однако этот патологический процесс может возникать во всех анатомических локализациях, где расположены апокриновые потовые железы – зона вокруг сосков, перианально, на коже мошонки, больших половых губ, вокруг пупка.

Факторами, способствующими внедрению патогенных стафилококков в устья волосяных фолликулов и выводные протоки желез, являются травматизация кожи (бритье, трение, мацерация), нерациональное применение антиперспирантных дезодорантов, а также все патогенетические факторы, приводящие к иммунодепрессии

1. **С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?**

От фурункула гидраденит отличается локализацией, полушаровидной формой, отсутствием первичной фолликулярной пустулы и некротического стержня, обильным нагноением и развитием инфильтрата из глубины ткани.

1. **Составьте план лечения больной.**

В стадии инфильтрацииследует назначать разрешающую терапию, направленную на усиление гиперемии в очаге и тем самым способствующую или скорому разрешению инфильтрата, или быстрому абсцедированию. С этой целью применяют аппликации на формирующийся инфильтрат ихтиола, физиотерапевтические воздействия – УВЧ, низкоэнергетическое лазерное излучение, сухие тепловые процедуры.

При наличии признаков абсцедированияследует проводить их хирургическое вскрытие с последующим дренированием гнойнонекротической полости с помощью турунд, смоченных гипертоническим раствором (в первые 1-2дня), растворами антисептиков (фурацилин, хлоргексидин, мирамистин и др.). После появления активных грануляций целесообразно наложение повязок с мазями, содержащими антисептики и биостимуляторы (солкосерил, метилтиоурацил и др.).

1. **Целесообразно ли проведение больной курса антибиотикотерапии?**

Курс антибиотикотерапии показан при:

-при множественных узлах, отсутствие эффекта наружной терапии.

-при появлении увеличенных и болезненных регионарных лимфатических узлов.

-при наличии общей реакции организма на гнойное воспаление:

повышение температуры тела, озноб, недомогание, слабость и пр.

-при осложненном течении (лимфангоит, флегмона, экзематизация).

**2.Грибковые заболевания кожи.**

**Эталон ответа к задаче №1**

**1. Поставьте диагноз.** Разноцветный лишай. **2. Этиология и патогенез заболевания.**

Заболевание наиболее распространено в странах с жарким климатом и повышенной влажностью воздуха, но нередко встречается и в других климатических зонах, преимущественно летом. Болеют в основном лица молодого возраста, чаще мужчины, реже дети. Контагиозность его незначительна. Возбудителем разноцветного лишая является липофильный гриб Malassezia furfur. Установлено,что около 90% здоровых людей являются носителями сапрофитной формы гриба. Предрасполагающими факторами могут быть повышенная потливость, изменение химического состава пота, уменьшение физиологического шелушения эпидермиса. Микоз чаще развивается у людей с сопутствующими заболеваниями: эндокринной патологией, хроническими болезнями легких и желудочно-кишечного тракта, вегетативно-сосудистыми нарушениями, иммунной недостаточностью и др. Возможно, что развитию болезни способствует генетическая предрасположенность. В патогенез заболевания могут быть вовлечены и иммунные факторы, но они неизвестны. Исследования показывают, что хозяин сенсибилизируется посредством Malassezia (IgG-ответ). Больные разноцветным лишаем не имеют клеточно-опосредованного иммунодефицита к мицелиальным антигенам Malassezia.

1. **Какие инструментальные и лабораторные исследования можно провести для подтверждения диагноза?**

 Микроскопическое и культуральное исследование чешуек с поверхности гладкой кожи

 Проба Бальцера – при смазывании 5%-ной настойкой йода происходит интенсивное окрашивание очагов поражения.

 Феномен «стружки» (симптом Бенье) - при поскабливании пятен обнаруживается их скрытое шелушение.

 В лучах лампы Вуда выявляется золотисто-желтое или буроватое свечение очагов и не видимых невооруженным глазом участков поражения.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

Дифференциальная диагностика с розовым лишаем Жибера, сифилитическими розеолами, себорейным дерматитом, экзематидами, эритразмой, с пигментацией, наблюдающейся после разрешения различных дерматозов, невусом Баккера, с сифилитической лейкодермой, сухой стрептодермией, витилиго, идиопатической каплевидной лейкодермией, депигментированными экзематидами.

1. **Составьте план лечения. Выпишите рецепты.** Общее лечение:

При распространенных формах возможно назначение системных антимикотиков (ламизил, экзифин, фунготербин, дифлюкан, нистатин).

1. Rp.Nistatini 500000 ЕД 2. Rp.:Lamisili 0,125

D.td. № 20 in tabul. D.t.d. № 14 in tabul.

S. По 2 таблетки 3 раза в сутки. S. По 1 таблетке в сутки 14 дней.

3. Rp.: Diflucani 0,150

D.t.d. № 3 in caps.

S. По 1 капсуле 1 раз в неделю.

Местное лечение:

1. По методу М.П. Демьяновича
2. 3-5% салициловый спирт
3. резорциновый спирт
4. 20% эмульсия бензилбензоата и другие противогрибковые препараты (микосептин, клотримазол; ламизил крем, спрей).

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Rp: Ung. "Mycoseptin" 30,0   D.S. Применяется в виде втираний в очаги 2 раза в день.     1. Rp: Ung. Clotrimasoli 1% 20,0   D.S. Смазывать очаги поражения 2—3 раза в день.    3 . Rp: Cremoris "Lamisil" 30,0  D.S. Наносить на очаги поражения 1—2 раза в день тонким слоем, слегка втирая.    4. Rp: Ung. "Mycospor" 25,0  D.S. Смазывать кожу 2 раза в день.  **Эталон ответа к задаче №2** | 1. Rp: Shampoo "Nizoral" 60,0   D.S. Обработать шампунем участки поражения, оставить на коже на 5 мин, затем ополоснуть.     1. Rp: Cremoris "Pimafucin" 30,0   D.S. Смазывать участки поражения 1—3 раза в день.     1. Rp: Ung. "Exoderil" 15,0   D.S. Смазывать очаги 1 раз в день. |

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Микоз стоп, интертригинозно-дисгидротическая форма.

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

Микроскопическое и культуральное исследование чешуек и покрышек пузырей с кожи стоп. **3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?**

Дифференциальная диагностика с дисгидротической экземой, псориазом, пустулезным бактероидом Эндрюса, кератодермией, узловатым васкулитом, папулонекротическим туберкулезом, ограниченным нейродермитом, поверхностной и хронической трихофитией, инфильтративной и инфильтративно-нагноительной формами зооантропонозной трихофитии, паховой эпидермофитией, красной волчанкой, дистрофией ногтей неясной этиологии, с часто встречающимися изменениями ногтей при дерматозах (экзема. псориаз, КПЛ).

**4. Методы общей и наружной терапии. Выпишите рецепты.**

Общая терапия:

1. Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, телфаст, эриус, зиртек, ломилан).
2. Гипосенсибилизирующая терапия (глюконат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%, кальция хлорид 10%).
3. Витаминотерапия.

Наружная терапия:

Ежедневные теплые ножные ванны с калия перманганатом, при этом необходимо удалить корки, вскрыть пузырьки, срезать бахрому рогового слоя эпидермиса, нависающую по краям эрозий, а также покрышки нагноившихся пузырьков и пузырей. После ванночки накладывают влажно-высыхающие повязки или примочки с жидкостью Алибура или 2% водным раствором резорцина, борной кислоты. По прекращении мокнутия применяют водные растворы анилиновых красок (генциан- или метилвиолета) или мази (кремы) с глюкокортикостероидными гормонами (флуцинар, фторокорт, ультралан). При стихании острых воспалительных явлений назначаются фунгицидные средства (ламизил, эконазол, экзодерил, травоген, кетоконазол). После окончания фунгицидной терапии необходимо проводить противорецидивное лечение, которое заключается в обтирании кожи в течение 1-го месяца 2% салициловым или 1% тимоловым спиртом и припудривании 10% борной пудрой, пудрой амиказола, батрафена, леварила, толмицена. Необходимо также провести дезинфекцию обуви

больного.

1. Rp: Sо1. Calcii gluconatis 10%-10,0 D.t.d. № 10 in amp.

S. По 10 мл. в/вено.

2. Rp: Tab. Kestine 0,01

D.t.d. № 30

S. По 1 таблетке 2 раза в день.

3. Rp: So1. Suprastini 2%-1.0

D.t.d. № 10 in amp.

S. По 1 мл. в/м 2 раз в день.

4. Rp: Sol. Pyridoxini 5%-1.0

D.t.d. № 10 in ampul.

S. По 1 мл. внутримышечно.

5. Rp: Sol. Thiamini chloridi 2.5%1.0

D.t.d. № 10 in ampul.

S. По 1 мл. внутримышечно.

1. Rp: Ung. "Mycoseptin" 30,0

D.S. Применяется в виде втираний в очаги 2 раза вдень.

1. Rp: Ung. Clotrimasoli 1% 20,0

D.S. Смазывать очаги поражения 2—3 раза в день.

1. Rp: Cremoris "Pimafucin" 30,0

D.S. Смазывать участки поражения 1—3 раза в день.

1. Rp: Ung. "Mycospor" 25,0

D.S. Смазывать кожу 2 раза в день.

D.S. Наносить на очаги поражения 1—2 раза в день

1. Rp: Cremoris "Lamisil" 30,0 тонким слоем, слегка втирая.

**5. Меры общей и личной профилактики.**  Общая профилактика:

* + 1. Ликвидация путей распространения инфекции
    2. Активное выявление и лечение больных микозом стоп, особенно со стертыми формами и микозоносителей.

Личная профилактика:

* + 1. Устранение факторов предрасполагающих к развитию микоза (повышенной потливости и микротравматизма кожи стоп)
    2. Санитарно-просветительная работа (разъяснение правил индивидуальной профилактики, комплекс общих оздоровительных мероприятий, дезинфекция обуви).

**Эталон ответа к задаче №3**

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

Инфильтративно - нагноительная трихофития (паразитарный сикоз)

* + 1. **Какие дополнительные методы исследования необходимо для подтверждения диагноза?**
    - микроскопическое исследование на грибы (5 раз);
    - культуральное исследование;

-клинический анализ крови (при отклонении от нормы исследование повторяют 1 раз в 10 дней);

* + - анализ мочи (2 раза);
    - биохимическое исследование функции печени (2 раза).

* + 1. **Этиология и патогенез данного заболевания.**

Заболевание вызывается главным образом Trichophyton mentagrophytes var. gypseum и Trichophyton verrucosum, относящимися к зоофильным грибам. Обычно они паразитируют на грызунах (мыши, в том числе лабораторные, крысы и др.), коровах, телятах, реже на лошадях, овцах и других животных. Инфильтративно-нагноительная трихофития нередко выступает в качестве профессионального заболевания, особенно у животноводов. Источником заражения служат больные животные, реже больной человек.

* + 1. **С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?**

Диф.диагноз: вульгарный сикоз, декальвирующий фолликулит, псевдофолликулит бороды, токсикодермии от галоидных препаратов (бромистые и йодистые токсикодермии), микроспория, руброфития, розовый лишай Жибера, себореиды, псориаз.

* + 1. **Методы лечения и профилактики.**

Лечение: Общее: гризеофульвин (сут. доза 16 мг/кг массы тела в три приема) или ламизил, общеукрепляющие средства (витамины), патогенетическое лечение.

Местное: влажновысыхающие повязки с 10% р-ром эхтиола, 0,25%0,5% р-ром нитрата серебра, в виде примочек или мази: ихтиол, 10% раствор 2-3 р/сут 2-3 дня или чистый препарат местно 8-10 часов, или перманганат калия, раствор 1:6000, риванол, раствор 1:1000, фурацилин, раствор 1:5000, а затем 10% серно-дегтярная мазь 2 р/сут до разрешения инфильтраций.

Профилактика:

* + 1. Ранняя диагностика, лечение, при необходимости изоляция больных. Обязательным условием диагностики микозов должны быть лабораторные методы исследования: микроскопический, культуральный, при необходимости люминисцентный, гистологический.
    2. Тщательный эпидемиологический анализ каждого случая грибкового заболевания с учетом клинической формы микоза, анамнеза заболевания, рода возбудителя, путей и способов его распространения.
    3. Выявление источников заражения (больных людей или животных) и контактных лиц с последующим их лечением.
    4. Ликвидация путей распространения инфекции.
    5. Санитарно - просветительная работа.

**Эталон ответа к задаче №4**

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

Поверхностный кандидоз крупных складок. Кандидозный стоматит.

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

Микроскопическое и культуральное исследование отделяемого эрозий и отслаивающегося эпидермиса и налета со слизистой оболочки полости рта и языка.

* + 1. **Этиология и патогенез заболевания.**

Грибы рода Candida - условно патогенный микроорганизм. 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 обитают на кожных покровах, слизистых человека; их выделяют из экскрементов (мочи, мокроты, кала) и ногтей. Грибы рода Candida - аэробы. 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 ГКС, АБ) грибы Candida приобретают патогенные свойства. 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. **4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.**

Поверхностный кандидоз крупных складок необходимо дифференцировать с интертриго (опрелостью, интертригенозным дерматитом), стрептококковой опрелостью; кандидоз слизистой оболочки полости рта и кандидозный глоссит необходимо дифференцировать с ворсинчатым языком, ромбовидным глосситом, географическим языком (десквамативным глосситом), лейкоплакией курильщиков, мягкой лейкоплакией, волосатой лейкоплакией полости рта (у ВИЧинфицированных), красным плоским лишаем, папулезным сифилидом слизистой оболочки полости рта, «обложенным языком»; кандидоз углов рта необходимо диф-ть с сифилитической «заедой», стрептококкоковой «заедой», язвенным туберкулезом кожи и слизистой оболочки углов рта, плоскоклеточным раком губы. **5. Составьте план лечения. Выпишите рецепты.**

Общее лечение:лечение основного или фонового заболевания, иммунокоррегирующая терапия. Антимикотики (по показаниям): дифлюкан, нистатин, леворин в течении 2-3-х недель. Декамин по 1-2 драже под язык каждые 2-3 часа до исчезновения клинических явлений.

Наружная терапия: в остром периоде - водные р-ры противовосп-х и дез. средств в виде примочек и влажно-высыхающих повязок (жид-ть Алибура, 2% р-р резорцина, 0,25% р-р азотно-кислого серебра, р-р этакридина лактата 1:1000). После снятия острых восп-х явлений применяют вначале водные, а затем спиртовые р-ры анилиновых красителей (2% р-р метиленового синего, генцианвиолета, р-р «Фукорцин»). Заканчивается лечение назначением противокандидозных средств: вначале лучше комбинированные препараты (тридерм, травокорт), затем фунгистатические и фунгицидные средства (мазь амфотерицина В, клотримазол, нистатиновая и левориновая мазь, нитрофунгин, толмицен, экзодерил). Важным мероприятием является постоянное высушивание складок (марлевые прокладки). После излечения для профилактики рецидивов рекомендуют длительное обтирание кожи складок дез. р-рами (1-2% салициловым или резорциновым спиртом), а также - фунгицидных и подкисляющих кожную пов-ть пудр (амиказол, батрафен, 10% борную). В упорных случаях применяют фонофорез нистатиновой или левориновой мази, а также прием нистатина, низорала, леворина, дифлюкана внутрь.

Лечение кандидоза слизистой оболочки полости рта следует начинать с санации полости рта: терапия зубов и альвеолярной пиореи, коррекция зубных протезов, удаление металлических конструкций и т.д. При возникновении кандидоза показаны полоскания полости рта 2% р-ром натрия гидрокарбоната, 1% р-ра борной кислоты, смазывание слизистой оболочки 12% водными р-ми анилиновых красителей, 10-20% р-ми буры в глицирине, 0,25% р-ром азотнокислого серебра, р-ром Люголя, 5% р-ром сульфата меди, 0,5% р-ром резорцина и др. Использование различных р-ров следует чередовать. Эффективность терапии следует периодически контролировать микологическими исследованиями смывов со слизистой оболочки полости рта.

|  |  |
| --- | --- |
| 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.    **Эталон ответа к задаче №5** | 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. |

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Микроспория гладкой кожи и волосистой части головы.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | микроскопическое исследование на грибы (5 раз), |
|  | осмотр под люминесцентной лампой Вуда (не менее 5 раз), |
|  | культуральное исследование, |
|  | клинический анализ крови, |
|  | анализ мочи 2 раза, |
|  | биохимическое исследование функции печени 2 раза. |
| **3.** | **Этиология заболевания. Пути передачи болезни.** |

Микроспория — грибковое заболевание из группы дерматофитий, при котором поражаются кожа и волосы, а в исключительно редких случаях и ногтевые пластинки. Возбудителем антропофильной микроспории являются микроспорум Одуэна и ржавый микроспорум (M. ferrugineum), зоофильной микроспории – M. canis (lanosum). В настоящее время регистрируется в основном зоофильная микроспория. Основной источник заболевания — кошки (обычно котята), реже собаки. Заражение этим грибом людей друг от друга наблюдается относительно редко (у 34% больных). К редким животным, болеющим микроспорией, причисляют обезьян, тигров, львов, свиней, лошадей, овец, лисиц, крыс, кроликов, мышей, хомяков, морских свинок, домашних птиц. Инфицируются при непосредственном контакте с животным или через инфицированные от него предметы окружающей среды. Определенная роль в распространении микроспории принадлежит клинически здоровым животным, которые не болея сами, являются в то же время переносчиками грибов.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

Микроспорию волосистой части головы необходимо дифференцировать с: сифилитической алопецией, себорейным дерматитом (себорейной экземой), псориазом волосистой части головы, очаговой алопецией, атрофическим облысением (псевдопеладой), трихотилломанией, красным плоским лишаем (синдром Пикарди-ЛиттлаЛассюэра), дискоидной и диссеминированной красной волчанкой, глубоким фолликулитом, фурункулом, карбункулом, вульгарным импетиго, абсцедирующим и подрывающим фолликулитом и перифолликулитом головы Гофмана, келлоидными угрями.

Микоз гладкой кожи необходимо дифференцировать с: экзематидом, бляшечной (нуммулярной) экземой, псориазом, бляшечным парапсориазом (болезнью Брока).

1. **Наметьте план лечебных и профилактических мероприятий.**

Общее лечение:

 противогрибковые антибиотики (гризеофульвин),

 антимикотические лекарственные средства (тербинафин, итраконазол**,** флуконазол).

Местное лечение:

 антимикотические лекарственные средства (бифоназол, крем; циклопирокс, крем; кетоконазол, крем или мазь; клотримазол, крем или мазь; оксиконазол, крем),

 антисептики и противовоспалительные средства (ихтиол, 10 % раствор, перманганат калия, раствор 1:6000, риванол, раствор 1: 1000, фурацилин, раствор 1:5000),

Профилактика микоза волосистой части головы и гладкой кожи должна включать в себя следующие мероприятия:

1. Активное выявление источников заражения: больных и животных. При микозе волосистой части головы, вызванной антропофильными дерматофитами, особое внимание следует обращать на детские коллектив (школы, детские сады, ясли и т.п.), семьи, беспризорных детей. Для профилактики микоза, вызванного зоофильными дерматофитами, необходим ветеринарный надзор за животными, своевременное выявление и изоляция больных животных. В семьях целесообразно обследовать домашних животных (кошек, собак), у которых заболевания проявляются в виде очагов облысения, шелушения и корочек, которые чаще всего локализуются на морде, за ушами, около хвоста. Кроме того, необходимо осуществлять отлов бездомных собак и кошек, которые нередко являются источником инфекции. При массовых исследованиях детских коллективов следует рекомендовать люминесцентный метод диагностики.
2. Ликвидация путей распространения инфекции. Все вещи больного (верхняя одежда, белье, платье, постельные принадлежности, головные уборы), предметы, которыми он постоянно пользовался (гребенки, щетки, игрушки, книги и т.п.), подвергают паровой, пароформалиновой и паровоздушной дезинфекции.

Большое профилактическое значение имеет санитарный надзор за парикмахерскими, прачечными, включающий в себя систематические осмотры обслуживающего персонала и контроль за выполнением обязательных санитарных мероприятий (дезинфекции инструментов, обработка помещений, состояние белья и т.и.).

1. Санитарно-просветительная работа.

**Эталон ответа к задаче №6**

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Микоз стоп, интертригинозная форма. Онихомикоз стоп.

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

Микроскопическое и культуральное исследование чешуек с кожи межпальцевых промежутков стоп и кусочков ногтевых пластинок. **3. Этиология и патогенез заболевания.**

Наиболее частыми возбудителями микоза стоп являются красный трихофитон (Trichophyton rubrum)и межпальцевой трихофитон (Trichophyton mentagrophytes, var. interdigitaie),реже эти заболевания вызывают дрожжеподобные грибы рода Candidaи паховый эпидермофитон (Epidermophyton floccosum).Заражение происходит чаще всего в банях, душевых, плавательных бассейнах, спортивных залах при недостаточном соблюдении санитарно-гигиенических правил их содержания, а также на пляжах при контакте кожи стоп с загрязненным чешуйками песком. Ношение обезличенной обуви без предварительной ее дезинфекции, использование общих полотенец также может привести к заражению. Возбудители крайне устойчивы во внешней среде; длительно сохраняют жизнеспособность на стельках обуви, носках, чулках, перчатках, на полотенцах, а также на предметах банного оборудования. Микоз стоп обычно рецидивирует весной и осенью и может приводить к временной потере трудоспособности. Микоз стоп развивается в результате предрасполагающих экзогенных и эндогенных факторов. К экзогенным факторам относят потертости, повышенную потливость стоп, которая усиливается при ношении носков из синтетических волокон, тесной, не по сезону теплой обуви, что приводит к мацерации рогового слоя на стопах. Эндогенные причины связаны с нарушением микроциркуляции в нижних конечностях, с эндокринной патологией, состоянием гиповитаминоза, иммуносупрессией врожденной или приобретенной. В настоящее время микоз стоп, обусловленный красным трихофитоном, является самым распространенным грибковым заболеванием кожи у взрослых.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

Дифференциальная диагностика микоза стоп осуществляется с экземой, псориазом, пустулезным бактеридом Эндрюса, кератодермией; диф. диагностика онихомикоза проводится спсориазом, кератодермией, красным плоским лишаем и ониходистрофиями.

1. **Наметьте план лечебных мероприятий. Выпишите рецепты.**

Общее лечение: антимикотик системного действия (итраконазол, тербинафин, флуконазол). При решении вопроса о назначении системной антимикотической терапии онихомикоза врач учитывает ряд признаков: объем вовлечения ногтевой пластинки (до 1/3 или более 1/3), локализацию очага поражения (дистально или проксимально), наличие онихомикоза на кистях и/или на стопах, количество пораженных ногтей, какие пальцы поражены, степень выраженности подногтевого гиперкератоза, возраст и состояние пациента, наличие сопутствующей патологии, переносимость противогрибковых препаратов. Кроме этого, важно назначение терапии, направленной на улучшение микроциркуляции в дистальных отделах конечностей.

Местное лечение:

 При сквамозных проявлениях микоза (кетоконазол, крем или мазь; клотримазол, нафтифин, тербинафин, эконазол, 10% серно-3% салициловая кислота+йод, 2% спиртовая настойка).

 При значительном гиперкератозе (производят отслойку рогового слоя с использованием следующего состава: кислоты салициловой — 10,0 г; кислоты молочной (или бензойной) — 10,0 г; резорцина - 2,5 г; коллодия эластического - 50,0 г.).

 При поражении единичных ногтей с дистального или боковых краев на 1/3-1/2 пластины можно излечить только с помощью наружных противогрибковых средств и чисток. Чистки проводят при помощи кератолитических средств: бифоназол, мазь, местно до полного удаления инфицированных участков ногтей 1 р/сут, в течение 7-20 дней, или соединение с мочевиной (20% пластырь), местно на 2 суток. Их выполняют до полного отрастания здоровых ногтей с интервалом в 2-4 недели. После удаления инфицированных участков ногтей на очищенное ногтевое ложе применяют один из вышеперечисленных препаратов.

Примерная схема: Аморолфин, 5% лак, местно 1 р/нед при поражении ногтей на стопах в течение 9-12 мес, или циклопирокс, 8% лак, местно через день в течение 1-го месс., 2 р/нед в течение 2-го мес, 1 р/нед в течение 3-го месс, и далее до отрастания здоровых ногтей (но не менее 6 мес.).

|  |  |
| --- | --- |
| Rp.: Ung.Clotrimasoli 1% 20,0 D.S.Смазывать очаги поражения 3 раза в день.          **Эталон ответа к задаче №7** | Rp: Ung. "Mycospor" 25,0  D.S. Смазывать кожу 2 раза в день.    Rp: Ung. “Mycosolon” 15,0  D.S. Наносить на пораженную поверхность 1-2 раза в день. |

**1. Поставьте предварительный диагноз.**

Рубромикоз гладкой кожи, фолликулярно-узелковая форма. Онихомикоз стоп.

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

Микроскопическое и культуральное исследование чешуек с гладкой кожи и кусочков ногтевых пластинок. **2. Этиология и патогенез заболевания.**

Наиболее частым возбудителем микоза гладкой кожи является красный трихофитон, реже – межпальцевой трихофитон. Распространение микоза по гладкой коже происходит обычно в восходящем порядке со стоп. Его генерализации способствуют гормональные нарушения, приобретенное иммунодефицитное состояние, а также расстройства рогообразования, возникающие, в частности, при ихтиозе, кератодермии и гиповитаминозе А. Длительное лечение антибиотиками, глюкокортикоидными гормонами и цитостатическими препаратами приводит к трофическим нарушениям в коже и ее придатках и к снижению фунгицидной способности кожи, что также способствует диссеминации микоза. Накоплены данные, подтверждающие возможность гематогенного и лимфогенного путей распространения красного трихофитона. Это объясняет появление у больных этим микозом грибковых поражений на месте трения, ушиба, ожога.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

В атипичных случаях микоз необходимо дифференцировать от псориаза, себорейного дерматита, экземы, ограниченного нейродермита, красной волчанки, лимфомы кожи и др.

1. **Профилактика заболевания.**

Профилактика микозов стоп должна заключаться в первую очередь в дезинфекции полов в банях, душевых установках, раздевальнях при плавательных бассейнах и спортивных залах в конце каждого рабочего дня (лучше всего кипятком или 1–2% хлорной известью). Вода в плавательных бассейнах подлежит обязательному хлорированию и регулярной смене; в идеале она должна быть проточной. Деревянные решетки необходимо исключить из обихода, заменив их резиновыми ковриками, легко поддающимися дезинфекционной обработке. На предприятиях, где условия работы требуют ежедневного душа, все рабочие должны быть обеспечены индивидуальными резиновыми или пластмассовыми тапочками. Подобными тапочками необходимо пользоваться также при посещении бань и плавательных бассейнов. Очень важно строго контролировать санитарное состояние маникюрных и педикюрных кабинетов с обязательной дезинфекцией инструментов после каждого клиента, проводить регулярные осмотры работников бань, плавательных бассейнов и душевых установок для исключения заболеваемости микозами стоп. Не следует пользоваться общей обувью, носками и чулками.

**Эталон ответа к задаче №8**

1. **Поставьте предварительный диагноз.** Кандидозный стоматит, кандидозная заеда.
2. **Какие дополнительные исследования необходимо провести 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. **Этиология и патогенез заболевания.**

Грибковое заболевание кожи, слизистых оболочек и внутренних органов. Возбудители: Candida albicans, реже другие виды - Candida tropicalis, Candida pseudotropicalis и др. В роду Candida описано более 100 видов грибов. Грибы этого рода относят к условно-патогенным микроорганизмам; в качестве сапрофитов они широко распространены в природе, обнаруживаются на коже, слизистых оболочках и в кале почти у пятой части здоровых людей. Грибы этого рода ассоциируют с нормальной микрофлорой кожи (до 20%) и кишечника (до 0,05%) у человека. Источником инфицирования может быть больной кандидозом человек (поцелуй, половой контакт, посуда, инфицирование новорожденных при прохождении в инфицированных родовых путях). Инфицированию способствуют влажный климат, мацерация эпидермиса, ручная обработка овощей, фруктов, ягод в консервном и кондитерском производстве, нарушения правил гигиены в яслях. К патогенетическим факторам относят иммунодефицитное состояние, эндокринопатии, гиповитаминозы, обменные нарушения, хронические болезни, применение антибиотиков широкого спектра действия, цитостатиков, лучевое воздействие и действие других средств, снижающих естественную резистентность организма. Также имеет значение патогенность и вирулентность штамма дрожжеподобного гриба.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

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

1. **Составьте план лечения. Выпишите рецепты.**

|  |  |
| --- | --- |
| Rp.: Ung.Nystatini 15,0  D.S.Смазывать очаги 3 раза в день          **Эталон ответа к задаче №9** | 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. |

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. **Поставьте предварительный диагноз.** Кандидозный баланопостит.
2. **Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?**

Диагнозставят на основании клинических проявлений, подтверждают нахождением элементов гриба в исследуемом материале и выделением его в культуре. В соскобе кожи и слизистых при микроскопии обнаруживаются округлые (диаметром 2—8 мкм) почкующиеся и непочкующиеся клетки и нити псевдомицелия. Часто необходимо гистологическое исследование с окраской по ГраммуВейгерту и Мак-Манусу.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

Следует дифференцировать с кольцевидным баланитом, склеротическим лишаем, псориазом и КПЛ с локализацией высыпаний на половых органах, обычный баланопостит. **4. Назначьте лечение. Выпишите рецепты.**

Лечение обязательно должно включать в себя туалет головки полового члена и препуциального мешка с целью удаления смегмы, гноя, налетов. Назначают ванночки из противовоспалительных и дезинфицирующих р-ров (бледно-розовый р-р перманганата калия, 2% р-р соды, 1% р-р борной кислоты и др.) 1 раз в день. Затем головку и внутреннюю поверхность крайней плоти смазывают 0.1% р-ром генцианвиолетом (не следует пользоваться большими концентрациями и назначать долго из-за опасности развития генцианвиолетового некроза). Для профилактики мацерации кожи за внутреннюю поверхность крайней плоти следует закладывать полоску марли, которую необходимо менять ежедневно. Хороший эффект дают специфические противокандидозные средства (крема с амфотерицином В, нистатином, гино-певарил, канестен, кетоконазол, крем ламизила, пимафуцин).

При хроническом течении кандидозного баланита больных необходимо обследовать на наличие скрытого сахарного диабета и кандидоза кишечника. При необходимости следует проводить общее антикандидозное лечение.

Клотримазол,1% крем, 2 р/сут, в течение 7 дней, или миконазол, 2% крем, 2 р/сут, в течение 7 дней, или флуконазол, 150 г внутрь однократно, или итраконазол, 200 мг внутрь 1 р/сут 3 дня.

Rp.: Ung.Clotrimasoli 1% 20,0 Rp: Ung. “Mycosolon” 15,0

D.S.Смазывать очаги поражения 3 D.S. Наносить на пораженную раза в день поверхность 1-2 раза в день.

**5. Профилактика заболевания.**

С профилактической целью следует по показаниям проводить циркумцизию, а также присыпки с фунгицидными средствами (10% борную, амикозол, батрафен, толмицен и др.). Во всех случаях показано обследование и лечение половых партнеров больного.

**Эталон ответа к задаче №10**

1. **Поставьте предварительный диагноз.** Кандидозная паронихия и онихия.
2. **Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?**

Диагноз ставят на основании клинических проявлений, подтверждают нахождением элементов гриба в исследуемом материале и выделением его в культуре. В соскобе кожи и слизистых при микроскопии обнаруживаются округлые (диаметром 2—8 мкм) почкующиеся и непочкующиеся клетки и нити псевдомицелия. Часто необходимо гистологическое исследование с окраской по ГраммуВейгерту и Мак-Манусу.

1. **Какие еще клинические формы данного заболевания вы знаете?**

Кандидоз полости рта, кандидоз урогенитальный, кандидоз углов рта, кандидозный хейлит, кандидоз складок кожи, гладкой кожи, хронический генерализованный кандидоз.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

Следует дифференцировать с стрептококковой паронихией, псориатической паронихией, изменений ногтей при различных дерматозах, и множества ониходистрофий. **5. Назначьте лечение. Выпишите рецепты.**

Трудно поддаются лечению. Показаны горячие ванночки с разведенной в 2-3 раза жидкостью Алибура, 3% р-ром борной кислоты, длительное смазывание пораженных ногтей и ногтевых валиков 2% спиртовым раствором генциан- или метил-виолета, или 70% спиртовым раствором тимола (1%) и резорцина (5%), спирто-глицериновым р-ром йода, салициловой кислоты и буры; амфотерициновой, декаминовой, левориновой или нистатиновой мазями. Необходимо, чтобы фунгицидные средства попали под ногтевой валик. Рекомендуюся также смазывания рром Люголя, 10% р-ром полуторахлористого железа, электрофорез цинком. А.М. Ариевич рекомендует для больных онихиями пирогалловый пластырь (пирогаллола 20 г, спирта 95 мл, свинцового пластыря 45 г, ланолина 15 г, воска пчелиного 5 г), который наносят после удаления пораженной ногтевой пластинки при помощи мочевинного пластыря (мочевины 20 г, горячей воды 10 мл, свинцового пластыря 45 г, ланолина 20 г, воска пчелиного 5 г).

Рекомендуют также электрофорез натриевой соли нистатина или леворина с наложением на валик ногтя сразу после сеанса компресса с амфотерициновой мазью.

Из современных средств для наружного лечения онихий можно использовать: батрафен-лак для ногтей, лоцерил, микоспор-набор для лечения онихомикозов, пимафуцин.

При неподдающихся лечению заболеваниях удаляют ногти и назначают общее противокандидозное лечение (полиеновые антибиотики:

амфоглюкамин, микогептин, дифлюкан, ламезил, низорал и др.)

**3.Туберкулез кожи. Лепра. Лейшманиоз.**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. **Поставьте предварительный диагноз.** Туберкулезная волчанка.

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

Симптом Поспелова («зонда»), феномен «яблочного желе».

1. **План обследования больной.**

— Бактериоскопическое исследование биопсированного материала из очага поражения (окраска мазков по Цилю-Нильсену).

— Бактериологическое исследование (посев биопсированного материала на питательные среды).

— Биологическая проба (заражение морских свинок патологическим материалом из очага поражения).

— Гистологическое исследование биопсированного материала.

— Кожные пробы с туберкулином (Пирке, Манту).

1. **Этиология и патогенез заболевания.**

Туберкулез кожи вызывается микобактериями туберкулеза человеческого, реже бычьего типа. Заражение чаще происходит аэрогенно, но возможно и через желудочно-кишечный тракт. Крайне редко микобактерии туберкулеза первично попадают в кожу. Большинство форм туберкулеза кожи являются результатом гематогенного или лимфогенного распространения из первичных или вторичных очагов. Возможны как диссеминация микобактерии туберкулеза по всему организму, так и метастатический путь распространения. Туберкулиновые пробы резко положительные. Очаги поражения не имеют склонности к периферическому росту, сравнительно легко поддаются специфическому лечению. Для возникновения туберкулеза кожи необходим ряд условий, которые можно представить как совокупность эндогенных и экзогенных факторов.

 функциональные нарушения ЦНС, нарушение функции эндокринных желез.

 нарушение обменных процессов организма (минерального, холестеринового, водного).

 острые инфекции, травмы.

 кортикостероидная и цитостатическая терапия.

 неполноценное питание с недостатком белков и витаминов.

 неблагоприятные условия внешней среды (переохлаждения, перегревания организма), повреждения кожи.

**5. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.**

* с бугорковым сифилидом - отрицательны оба характерных для туберкулезной волчанки симптома, мозаичные рубцы, не образуются бугорки на рубцах.
* с туберкулоидной лепрой - отрицательны оба характерных для туберкулезной волчанки симптома, отсутствуют болевая и температурная чувствительность в очаге.
* с лейшманиозом - очаги поражения болезненны, характерно формирование втянутых рубцов.
* с саркоидозом, бластомикозом, споротрихозом, эпителиомой, дискоидной красной волчанкой.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. **Поставьте предварительный диагноз.** Туберкулоидная форма лепры.

1. **Этиология и патогенез заболевания.**

Возбудитель - Mycobacterium lepraeпредставляет собой кислотоустойчивую палочковидную бактерию, относящуюся к семейству Mycobacteriaceae.Микроорганизм устойчив во внешней среде. Возбудители лепры являются внутриклеточными паразитами макрофагов. Длительный инкубационный период связан с низкой скоростью роста микроорганизмов. Лепра является высококонтагиозным, но низкопатогенным заболеванием. Часто встречается субклиническая инфекция. Доказана генетическая предрасположенность к заболеванию. Основным путем передачи считается воздушно-капельный. Входные ворота – слизистая оболочка верхних дыхательных путей. Иммунитет при лепре носит клеточный характер, он минимален при лепроматозной и диморфной лепре и максимален у больных туберкулоидной лепрой.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.**

Бугорковый и гуммозный сифилис; лейшманиозные бугорки, узлы, язвы; туберкулезная волчанка и другие формы туберкулеза кожи.

1. **Наметьте план лечебных мероприятий, выпишите рецепты.**

Лечение (комплексное): антибактериальные, иммунотропные, общеукрепляющие препараты; физиотерапевтические методы; полноценное питание; лечение сопутствующих заболеваний.

1. **Вспомогательные тесты при диагностике данного заболевания.**

 Гистаминовая проба для определения природы гипохромических пятен.

 Проба уколом иглой – аналогична вышеописанной, но вследствие отсутствия гистамина она дает менее ясные результаты.

 Проба на потоотделение.

 Феномен «воспламенения», то есть резкое покраснение всех неясно выраженных лепрозных элементов после внутривенного введения 3-5 мл 1%-ного раствора никотиновой кислоты.

 Посев на искусственных питательных средах применяется в сомнительных случаях для дифференциальной диагностики лепроматозных и туберкулезных поражений. В первом случае посев остается стерильным, во втором вырастают туберкулезные бациллы.

 Прививка кусочков ткани морским свинкам применяется в аналогичных случаях. При наличии туберкулезных бацилл свинка погибает от туберкулеза.

 Проверка пиломоторной реакции. Она обычно лишь ослаблена при лепроматозном типе и отсутствует при туберкулоидном и недифференцированном типах лепры.

 Проверка дермографизма, который при лепре ослаблен или не вызывается.

 Лепроминовая проба. По этой пробе можно судить: а) о типе лепры; б) о течении заболевания; в) об эффективности лечения; г) о прогнозе.

**Эталон ответа к задаче №3 1. Поставьте предварительный диагноз.** Лепроматозный тип лепры.

**2.Какие данные клиники и анамнеза подтверждают диагноз?**

Полиморфное поражение кожи (пятна, липромы), поражение слизистых оболочек полости рта, гортани (осиплость голоса, гнусавость, афония), глаз (эписклериты, кератиты, ириты, инфильтраты на конъюктиве, глаукома, катаракта - с частым исходом в слепоту), лимфоаденопатия, поражение нервных волокон (прогрессирующие неврологические расстройства), присоединение вторичной инфекции: хроническая рецидивирующее течение заболевания с чередованием ремиссий и ухудшением соматического статуса (чаще весной и осенью, а также под влиянием стрессовых и экстремальных воздействий); течение заболевания от нескольких лет до 10 лет.

1. **Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.**

Бугорковый и гуммозный сифилис; лейшманиозные бугорки, узлы, язвы; туберкулезная волчанка и другие формы туберкулеза кожи.

1. **Прогноз при данном заболевании.**

Прогноз при лепре неблагоприятный. Однако при рациональной и ранней терапии нередко наблюдаются продолжительные ремиссии. Критерий излеченности отсутствует. Менее благоприятен прогноз при лепроматозном типе лепры.

1. **Профилактика:**

 Ранняя диагностика и регулярное лечение больных, ликвидация сопутсвующих заболеваний.

 Раннее отделение детей, родившихся от больных лепрой матери, перевод их на искусственное вскармливание.

 Учет всех членов семьи больных лепрой, их периодические осмотры.

 Своевременное сообщение о каждом случае лепры в местные органы здравоохранения.

 Лечение больных лепрой в лепрозориях.

 Профилактическое лечение лиц, длительно находящихся в контакте с больными лепрой.

**Эталон ответа к задаче №4 1. Поставьте предварительный диагноз.** Колликвативный туберкулез кожи (скрофулодерма).

**2.Этиология и патогенез заболевания**

Колликвативный туберкулез (скрофулодерма) ***–*** результат гематогенного или лимфогенного распространения. Чаще регистрируется у детей и юношей. Выделяют вторичную (результат попадания микобактерии туберкулеза в подкожные лимфатические узлы, а уже затем в кожу) и первичную скрофулодерму. Наиболее частая локализация – в области ключиц, грудины, на шее. Первичная скрофулодерма возникает в результате метастатического гематогенного попадания микобактерии туберкулеза непосредственно в подкожную клетчатку.

3. **Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | гистологическое исследование кожи, |  |
|  | бактериоскопический метод, |  |
|  | серологические тесты, |  |
|  | туберкулиновая проба, |  |
|  | рентгенограмма органов грудной клетки. |  |
| 4. | **Перечислите достоверные и вероятные** | **признаки** |

**заболевания.**

Достоверные признаки:

Обнаружение возбудителя в очаге поражения кожи.

 бактериоскопическое исследование (окраска мазков по Цилю-

Нильсену)

 бактериологическое исследование (посев материала на питательные среды)

 биологическая проба (заражение морских свинок

патологическим материалом)

 гистологическое исследование (если при этом не обнаружены микобактерии, учитывать, что гранулематозная реакция характерна и для ряда других инфекционных заболеваний).

Вероятные признаки:

 наличие туберкулеза внутренних органов у больного  клинические проявления туберкулеза кожи

 кожные пробы с туберкулином.

5.  **Наметьте план лечебных мероприятий**.

Назначают комбинированное лечение противотуберкулезными препаратами (изониазид+рифампицин, фтивазид+рифампицин или иные комбинации). Длительность лечения 9-12 месяцев. В последующем ежегодно проводят по 2 двухмесячных курса терапии в течение 5 лет. Важным компонентом комплексной терапии является лечебное питание (11 стол – высококалорийное, богатое белками, витаминами, солями кальция питание с ограничением поваренной соли). Дополнительно назначают витамины (В6, пангамат кальция, пантотенат кальция и др.), препараты железа, гепато- и ангиопротекторы, препараты, улучшающие микроциркуляцию.

**Эталон ответа к задаче №5**

1. **Поставьте предварительный диагноз.** Папулонекротический туберкулез кожи.

1. **Этиология и патогенез заболевания.**

В основе заболевания лежит аллергический васкулит, развивающийся вследствие сенсибилизации туберкулезными бактериями или их продуктами. Возникает преимущественно при хроническом течении первичного туберкулеза за счет периодической гематогенной диссеминации небольшого количества микобактерий. Встречается папулонекротический туберкулез в основном у подростков и молодых людей, преимущественно женщин. Высыпание узелков происходит приступами, поэтому клиническая картина заболевания становится пестрой (ложный полиморфизм). Течение заболевания хроническое, с ухудшением зимой и улучшением в теплое время года. Однако вследствие гиперинсоляции может возникать обострение летом. Туберкулиновые пробы положительны. Туберкулезные бациллы обнаруживаются лишь в единичных случаях. В период вспышки могут быть признаки интоксикации с повышением температуры, недомоганием, болью в суставах. Прогноз для выздоровления благоприятный. Первичный очаг (в легких, лимфатических узлах, костях и суставах) чаще неактивный. Между приступами общее состояние больных обычно не страдает.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.**

Дифференциальный диагноз нужно проводить с аллергическим некротическим васкулитом, почесухой, лекарственными сыпями, юношескими угрями.

1. **План обследования.**

* бактериоскопический метод,
* серологические тесты – постановка туберкулиновых проб,
* гистологическое исследование пораженной кожи,
* получение культуры возбудителя и положительный результат заражения морских свинок,
* терапия exjuvantibus.

**5. Наметьте план лечебных мероприятий.**

Общее лечение:

1. Диета: высококаларийная, богатая белками, витаминами, солями кальция; ограничение поваренной соли.
2. Витаминотерапия (витамины В6, пантотенат кальция)
3. Препараты железа.
4. Противотуберкулезные средства (рифампицин, этамбутол, пиразинамид, солютизон; препараты гидразина изоникотиновой кислоты – изониазид, неотебен, тиоацетозон, фтиазид, салюзид, метазид, ларусан, витамин Д2, стрептомицин).
5. При возникновении устойчивости микобактерий к фтивазиду, стрептомицину и ПАСК, показаны – циклосерин, этионамид, этамбутол, этоксид.

**Эталон ответа к задаче №6 1. Ваш предположительный диагноз.**

Туберкулезная волчанка, язвенная форма.

**2.Назовите характерные признаки заболевания.**

Основным морфологическим элементом волчанки является люпома – бугорок желтовато-коричневого цвета, мягкой консистенции. При надавливании на бугорок пуговчатым зондом последний как бы проваливается в него, что обусловлено разрушением коллагеновых и эластических волокон (симптом “зонда” А.И. Поспелова). При диаскопии люпома просвечивает в виде пятна цвета жженого сахара или яблочного желе (феномен “яблочного желе”). Язвенная волчанка характеризуется изъязвлением люпом, язвы поверхностные, края их мягкие, мало болезненные, легко кровоточат.

1. **Пути передачи заболевания.**

Туберкулезом кожи можно заразиться тремя путями. Экзогенная инфекция развивается при нахождении ее источника вне организма (первичный инокуляционный туберкулез (туберкулезный шанкр) и бородавчатый туберкулез кожи). Второй путь возникновения инфекции – ее распространение эндогенно, что происходит за счет местного вовлечения кожи (скрофулодерма), распространение по лимфатическим (туберкулезная волчанка) или кровеносным (туберкулезная волчанка и милиарный туберкулез) сосудам. Третий путь распространения инфекции – аутоинокуляция возбудителя из очага активного туберкулеза внутреннего органа (орифициальный туберкулез).

1. **Какие осложнения данного заболевания вы знаете?**

Из осложнений при волчанке встречается рожистое воспаление, слоновый отек, раковое перерождение (lupus carcinoma).

**5.Проведите дифференциальную диагностику с бугорковым сифилидом.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Диагностические признаки** | **Туберкулезная волчанка** | **Бугорковый сифилид** |
| Начало заболевания | Чаще в детские годы | В любое время жизни |
| Течение (без лечения) | Многие годы | Месяцы |
| Цвет бугорка | Красный с желтоватым оттенком | Медно- или ветчинокрасный |
| Консистенция | Мягкая | Плотно-эластическая |
| Симптом «зонда» | Положительный | Отсутствует |
| Симптом «яблочного желе» | Положительный | Отсутствует |
| Характер рубца | Поверхностный,  гладкий, тонкий,  рисунок «кружева» | Мозаичный (за счет различной глубины, величины и возраста бугорков) |
| Появление на рубцах новых бугорков | Как правило | Не бывает |
| Гистопатология | Гранулема: в центре гигантские клетки, вокруг них - эпителиоидные, в периферической зоне - лимфоидные, иногда плазматические клетки | Эндо-  мезопериваскулиты,  инфильтрат из  плазматических  клеток |
| Туберкулиновая проба | Положительная | Отрицательная |
| Серологические реакции на сифилис | Отрицательные | Положительные |

**Эталон ответа к задаче №7**

1. **Ваш предположительный диагноз.** Лепроматозный тип лепры.

1. **Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?**

— клинические изменения со стороны кожи (снижение и исчезновение чувствительности на отдельных участках кожного покрова, парестезиях, нерезко выраженные контрактуры V, IV и III пальцев рук,начинающаясяатрофия мышц, пастозность кистей и стоп, стойкие поражения слизистой оболочки носа и др),

— бактериоскопические исследования (соскоб со слизистой

носа),

— гистологические исследования,

— функциональные пробы с гистамином на потоотделение, никотиновой кислотой (реакция воспламенения), горчичником, — лепроминовый тест Митсуды.

1. **Какие продромальные явления данного заболевания вы знаете?**

Больные жалуются на нарастающую слабость, сильные невралгические боли, отмечаются также гиперестезии, парестезии и другие нервные расстройства. Продромальный период может затянуться на несколько месяцев и обычно сменяется появлением ясно выраженных симптомов болезни.

1. **Где должен получать лечение больной?** В лепрозории.

**5.Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больного?**

Нарушение термической, болевой и тактильной чувствительности.

**Эталон ответа к задаче №8**

1. **Ваш предположительный диагноз.** Зоонозный кожный лейшманиоз (сельский тип).

1. **Роведите обоснование диагноза.**

Инкубационный период при этом весьма короткий, от 1 недели до 2 месяцев, в связи с чем эта форма имеет выраженный сезонный характер, возникая только в теплый период – с мая по октябрь.

Заболевание начинается плоскими бугорками или фурункулоподобными инфильтратами ярко-красного цвета, которые быстро растут и через 1-2 недели изъязвляются, начиная с центра. Образуются язвы с обрывистыми краями и некротическим грязножелтоватым дном. Язвы имеют большей частью неправильную фестончатую форму. Вокруг исходных лейшманиом часто высыпают добавочные вторичные «бугорки обсеменения», которые в свою очередь распадаются и сливаются с основной язвой, увеличивая ее размеры и фестончатость края.

Лейшманиомы сельского типа увеличиваются в размерах 2-3 месяца, достигая 4-6 см, а иногда и более. Через 2-4 месяца от начала заболевания картина процесса начинает изменяться. Дно язвы понемногу очищается от некротических масс и становится пестрым от чередования белесоватых или желтоватых участков некроза и красных сосочков разрастающихся грануляций. Дно язвы становится зернистым и начинает напоминать рыбью икру. Иногда образуются настоящие вегетации и бородавчатые разрастания.

1. **Этиология и патогенез заболевания.**

Лейшмании – одноклеточные паразитические жгутиковые простейшие. Выделяют два основных клинико-эпидемиологических варианта кожного лейшманиоза: антропонозный (городской, поздноизъязвляющийся) и зоонозный (сельский, остронекротизирующийся), возбудителей которых рассматривают как самостоятельные виды Leishmania tropica minor и major. Кожный лейшманиоз распространен в основном в Средиземноморье, на Ближнем и Среднем Востоке, полуострове Индостан, где отмечаются эпидемии этого заболевания: очаги антропонозного лейшманиоза наблюдаются в Закавказье, Средней Азии. Сезон заражения связан с периодом лёта москитов. Среди местного населения болеют главным образом дети, среди приезжих – люди любого возраста. Источником возбудителей антропонозного кожного лейшманиоза является больной человек, зоонозного – мелкие млекопитающие (песчанки), переносчики – москиты рода Phlebotomus, особенно Phlebotomus papatasii , для которых норы грызунов служат местом обитания и количество которых резко увеличивается в оазисах и обводненных пустынях. Заболеваемость зоонозным кожным лейшманиозом резко возрастает в июне–сентябре.

**4.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать патологический процесс у данной больной?**

Дифференциальный диагноз проводят с пиодермией, туберкулезом, сифилисом, раком кожи.

**5.Методы лечения и профилактики.**

Лечение: мономицин – по 250 000 ЕД внутримышечно 3 раза в сутки через каждые 8 ч, на курс 7 000 000-9 000 000 ЕД, могут быть также использованы глюкантим (60 мг/кг внутримышечно № 15), секнидазол (500 мг 4 раза в сутки в течение 3 нед, затем 2 раза в сутки еще 3 недели), а также солюсурьмин, метациклин, доксициклин, антималярийные препараты (в том числе для обрабатывания невскрывшихся лейшманиом); криодеструкция, лазеротерапия. 2-3% мономициновая мазь.

Профилактика заключается в ликвидации мест выплода москитов, противомоскитной обработке (очаговая дезинсекция) дома, усадьбы, истреблении песчанок (при зоонозном типе), индивидуальных средствах зашиты от москитов (пологи, сетки, обработка репеллентами); прививки за 3 мес до выезда в очаги лейшманиоза.

**Эталон ответа к задаче №9**

1. **Ваш предположительный диагноз.** Колликвативный туберкулез кожи.

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

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с сифилитическими гуммами, глубокими микозами, актиномикозом, хронической пиодермией, для чего проводят микробиологическое, серологическое исследование, постановку туберкулиновых проб.

**3.Какие патогенетические и этиологические факторы могли способствовать развитию этого заболевания?**

Первичная скрофулодерма развивается вследствие гематогенного попадания в кожу туберкулезных микобактерий во время бациллемии в период первичного туберкулеза. Клинически эта форма характеризуется образованием преимущественно в области конечностей подвижных, плотноватых узлов.Кожа над ними истончается, образуются изъязвления с выделением гноя и крупинок некротической ткани. Язвы неправильной формы, поверхностные, нередко соединяются фистулезными ходами. Рубцы мостиковидные, с наличием сосочков. Поспелов А.И. назвал их «мохнатыми». При первичной скрофулодерме не удается установить связь с пораженными лимфатическими узлами или свищами костносуставного туберкулеза. Вторичная скрофулодерма развивается контактным путем, когда туберкулезная инфекция переходит с пораженных лимфатических узлов или из свищей костно-суставного процесса в кожу. При вторичной скрофулодерме узлы наиболее часто располагаются на шее, под нижней челюстью, на щеках, в надключичной и подключичной областях, в области грудины. Язвы более глубокие, нередко имеют свищевые ходы в пораженный лимфатический узел. Рубцы втянутые, обезображивающие.

**4.Наметьте план лечебных мероприятий.**

Лечение проводится в два этапа. На первом этапе назначают не менее 3 препаратов в течение 3 мес, а на втором – 2 препарата ежедневно или 2–3 раза в неделю (интермиттирующий способ). Через 3–4 мес обычно меняют комбинацию препаратов для предупреждения лекарственной устойчивости. В дерматологической практике лечение обычно начинают с сочетания рифампицина и изониазида, иногда к этому добавляют пиразинамид. Затем эти препараты заменяют стрептомицином, этамбутолом, ПАСК. Основной курс длится в среднем 10–12 мес. На язвенные дефекты назначают присыпки с ПАСК, изониазидом.

Патогенетическая терапия включает витамины (особенно группы В), антиоксиданты (а-токоферол, тиосульфат натрия, дибунол), иммуномодуляторы (нуклеинат натрия, тималин), анаболические стероиды, физиотерапевтические мероприятия (УФ-облучение в субэритемных дозах, электрофорез), лечебное питание. После основного курса лечения проводится противорецидивное лечение по 2 мес – весной и осенью в течение 3 лет при локализованных формах и 5 лет при диссеминированных. При клиническом излечении, подтвержденном гистологически, требуется диспансерное наблюдение с двукратным осмотром в год в течение 5 лет, после чего больного снимают с диспансерного учета.

**5.Прогноз заболевания.**

Течение скрофулодермы различно: заболевание либо ограничивается развитием одного узла и сравнительно быстро заканчивается выздоровлением, или вследствие появления новых узлов затягивается на многие месяцы.

**Эталон ответа к задаче №10 1. Ваш предположительный диагноз.** Индуративная эритема Базена.

1. **Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?**

— бактериоскопический метод,

— серологические тесты – постановка туберкулиновых проб, — гистологическое исследование пораженной кожи,

— получение культуры возбудителя и положительный результат заражения морских свинок,

— терапия exjuvantibus.

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

С узловатой эритемой, скрофулодермой, гуммозными сифилидами, аллергическим узловатым васкулитом.

1. **Какие патогенетические и этиологические факторы могли способствовать развитию этого заболевания?**

В основе заболевания дермо-гиподермальный аллергический васкулит, вызванный повышенной чуствительностью к микобактериям, которые попадают в кожу преимущественно гематогенно. Болеют обычно девушки и молодые женщины. Способствующие факторы – частое охлаждение конечностей; работа, связанная с длительным пребыванием на ногах. Проявляется плотными, глубоко расположенными узлами или обширными инфильтратами. Узлы немногочисленны, малоболезненны, расположены преимущественно на голенях, бедрах, ягодицах. Узлы постепенно разрешаются, оставляя легкую атрофию. Иногда узлы изъязвляются, оставляя втянутые рубцы с гиперпигментацией по периферии. Без лечения процесс длится месяцами и годами. Осенью и зимой возможны рецидивы.

1. **У какого специалиста должна получать лечение и состоять на диспансерном учете больная?** У фтизиатра.

**Эталон ответа к задаче №11** 1. **Ваш предположительный диагноз.** Бородавчатый туберкулез кожи.

1. **Обоснование диагноза.**

Типичная клиника и локализация, работа хирургом-фтизиатром.

1. **Какие дополнительные методы обследования необходимы?**

Обнаружение микобактерий в отделяемом с очага, обследование на предмет туберкулеза внутренних органов; возможно гистологическое исследование биоптата.

1. **Назовите клинические варианты данного заболевания.** Бугорок анатомов, келоидоподобные, склеротические, деструктивные, вегетирующие формы.

1. **С чем необходимо дифференцировать?**

Веррукозная форма туберкулезной волчанки, вульгарные бородавки.

**4.Вирусные дерматозы.**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. **Поставьте диагноз.** Опоясывающий герпес.
2. **Этиология и патогенез данного заболевания.**

Опоясывающий герпес (Herpes Zoster)— острое вирусное заболевание, которое часто встречается, характеризуется лихорадкой, интоксикацией, поражением межпозвонковых ганглиев и появлением везикулезной сыпи по ходу ветвей пораженного чувствительного нерва. Заболевание вызывает нейротропный фильтрирующий вирус, который по антигенной структуре и способностям развития на эмбриональных тканях человека сходен с вирусом ветряной оспы или идентичен ему. Вирус Herpes zoster одновременно является возбудителем ветряной оспы. Развитие опоясывающего лишая – результат реактивации латентного вируса после перенесенной в детстве ветряной оспы. Его причины - соматические заболевания, инфекции, переохлаждения, лучевое воздействие. Заболеванию не свойственно рецидивирование. Рецидивы заболевания возможны в случае выраженного иммунодефицитного состояния организма.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.**

Зостериформный КПЛ, зостериформный простой герпес, герпетиформный дерматит Дюринга.

1. **Составьте план лечения больного. Выпишите рецепты.** Общая терапия:

1.Обследование на ВИЧ – инфекцию, консультацию онколога, гематолога, иммунолога.

1. Диета с ограничением жидкости и поваренной соли.
2. Избегать переохлаждений и переутомлений.
3. Противовирусные препараты ацикловир (зовиракс, виролекс, цикловиран и др.) 800 мг 5 р/д х 7 – 10 дней.
4. Обезболивающие средства (диклофенак 3,0 в/м х 5 дней).
5. Общеукрепляющие средства (витаминотерапия, витамины группы В, витамины С, А, Е, Д).
6. Физиолечение (УФО, фонофорез, токи Бернара, микроволновая терапия, ультразвук).

Наружная терапия:

Пораженные участки тушируют фукорцином, 1-2% спиртовыми растворами анилиновых красителей или йода; применяют пудры,содержащие резорцин, кислоту борную, противовирусные мази: 50% интерфероновую, 2% оксолиновую, 5% теброфеновую, 5% ацикловировую (или кремы «Зовиракс», «Герпевир-КМП», «Герплекс» и др.), 0,25% флореналевую, 0,5% бонафтоновую, линименты хелепина 5%, госсипола 3% (участки поражения смазывают 3-4 р./сут., 5 – 7 дней); 1% гель тромантадина, «Гевизош», мазь «Триаптен», «Эпиген-спрей»,

«Пантенол» и др. Наружные средства можно сочетать с димексидом.

Эрозии тушируют 2% раствором серебра нитрата. При выраженной боли, парастезиях, зуде, пиодермии указанные средства чередуют с мазями, содержащими антибиотики и кортикостероиды, с последующим наложением марлевой повязки, пропитанной димексидом. При упорной невралгии, сохраняющейся после регресса сыпи, назначают витамины В, С, РР. Проводят фонофорез 50% интерфероновой, 5% бутадионовой, ибупрофеновой, индометациновой, 10% новокаиновой мазей, ионофорез 2% раствора новокаина на областьт соответствующих узлов и по ходу распространения болей; эффективны новокаиновые блокады.

|  |  |
| --- | --- |
| 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. |

**5. Какие атипичные формы данного заболевания вы знаете?**

Абортивная, буллезная, геморрагическая, гангренозная, генерализованная.

**Эталон ответа к задаче №2**

**1. Поставьте диагноз.**

Герпес венечной борозды и головки полового члена.

**2.Этиология и патогенез данного заболевания.**

Поражение аногенитальной области (генитальный герпес). Одна из наиболее часто встречающихся клинических форм герпетической инфекции. Генитальный герпес, или Herpes progenitalis,в структуре инфекций, передаваемых половом путем, стоит на одном из первых мест. Первичное инфицирование происходит с началом сексуальной жизни. Заболевание часто протекает бессимптомно, однако такой человек является источником инфекции для сексуального партнера. В ряде случаев первичное инфицирование может протекать тяжело, с выраженными признаками интоксикации. Вторичная рецидивирующая вирусная инфекция встречается в любом возрасте после перенесенного первичного герпеса, рецидивы возникают на фоне циркуляции противовирусных антител в крови, протекают с незначительно выраженным общеинфекционным синдромом, и, как правило, при снижении иммунитета за счет сопутствующих тяжелых соматических заболеваний. В случае частых рецидивов (более 2 раз в год), необходима коррекция иммунного статуса пациента.

**3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.**

Дифференцировать следует с сифилисом, мягким шанкром, паховой гранулемой, чесоткой, фиксированной эритемой, эритроплазией Кейра, болезнью Бехчета, болезнью Крона, контактным дерматитом, травмой, пузырными дерматозами, стрептококковым импетиго, шанкриформной пиодермией, баланопоститом, плазмоклеточным баланитом Зуна. **4. Составьте план лечения больного.**

Лечение зависит от стадии, клинических проявлений и степени тяжести процесса. Необходимо провести обоснованное клиниколабораторное обследование пациента с обязательным исследованием иммунного статуса. Препарат выбора – ацикловир (зовиракс и его аналоги). Можно назначать валацикловир и фамцикловир.

В целях предупреждения рецидивов заболевания пациентам с тяжелым течением болезни (10 и более обострений в год) назначают ежедневную супрессивную (профилактическую) терапию ацикловиром по 200 мг 4 раза в сутки (или по 400 мг 2 раза в сутки), валацикловиром по 500 мг 1 раз в сутки, фамцикловиром по 250 мг 1 раз в сутки. Курс лечения – 6 мес.

**5. Выпишите рецепты.**

|  |  |
| --- | --- |
| Ung. "Ciclovir" 5% 5,0  D.S. Наносить на пораженную кожу 5 раз в день.  **Эталон ответа к задаче №3**  **1. Поставьте диагноз.** Простой герпес губ. | Ung. Interferoni 30% 10,0  D.S. Смазывать очаг 3—5 раз в день. |

1. **Этиология и патогенез данного заболевания.**

ВПГ подразделяют на 2 типа: ВПГ-1 — орофациальный, ВПГ-2 — генитальный герпес. По данным ВОЗ, заболевания, вызванные ВПГ, занимают второе место в мире (15,8%) после гриппа (35,8%), как причина смертности от вирусных инфекций, а герпетические энцефалиты составляют 20% всех вирусных инфекций ЦНС. Источник инфекции — больные активными или латентными формами заболевания и вирусоносители. Передается вирус чаще всего контактным путем (прямой контакт), а также контактно-бытовым (опосредованный контакт), воздушно-капельным, парентеральным и вертикальным (от матери к плоду) путями. Восприимчивость к ВПГ всеобщая, антитела к этому вирусу выявляют у 80-90 % взрослых. Наибольшее число заболевших регистрируют в холодные месяцы, но эпидемий не бывает, хотя наблюдаются небольшие вспышки в дошкольных учреждениях, школах, больницах. Вирус может поражать кожу, слизистые оболочки, центральную и периферическую нервную систему, печень, эндотелий сосудов, клетки крови (Тлимфоциты, эритроциты, тромбоциты). ВПГ может интегрироваться в генетический аппарат клетки хозяина и вызывать злокачественную трансформацию клеток (ВПГ- 2 и рак шейки матки). Независимо от пути проникновения вируса в организм человека размножение вируса вначале происходит у входных ворот, затем он проникает в регионарные лимфатические узлы, потом в кровь и лимфогематогенно попадает во внутренние органы и мозг. В ЦНС ВПГ может проникать по нервным стволам.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.**

Со стрептококковым импетиго, эрозивным твердым шанкром, экзематозными реакциями, многоформной экссудативной эритемой. **4. Составьте план лечения больного.**

Терапия простого герпеса носит комплексный характер и включает в себя: этиотропное лечение, патогенетическое воздействие, симптоматическое лечение.

Длительность, интенсивность и объем курса терапии определяются клинической формой заболевания и тяжестью его течения, частотой рецидивов. При возникновении рецидивов1 раз в 6 месяцеви реже, локализованном поражении кожи или слизистых оболочек и отсутствии общих симптомов показаны: местная и, возможно, общая терапия с использованием противогерпетических препаратов. Наружная

этиотропная терапия – ацикловир в форме 5% крема, теброфен – мазь 2-35%, 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 – НПВС (вольтарен, индометацин) курсом 7 дней. В комбинации с вышеперечисленными препаратами назначают

антиоксиданты – витамины Е, С.

**5. Выпишите рецепты.**

Rp.: Ung. "Ciclovir" 5% 5,0

D.S. Наносить на пораженную

кожу 5 раз в день

Rp.: Ung. Bonaphtoni 0,5% 30,0

D.S. Смазывать очаг 3—4 раза Rp.: Ung. Interferoni 30% 10,0

D.S. Смазывать очаг 3—5 раз вдень день тонким слоем

Rp.: Ung. Oxolini 1% 15,0

D.S. Смазывать очаг 3 раза вдень

**Эталон ответа к задаче №4**

1. **Поставьте диагноз.**

Герпес аногенитальной области.

1. **Этиология и патогенез данного заболевания.**

Генитальный герпес (Herpes progenitalis)— инфекционное заболевание, характеризующееся поражением кожи и слизистых оболочек мочеполовых органов, аноректальной области. Генитальный герпес относят к группе ИППП. Возбудитель генитального герпеса в большинстве случаев ВПГ-2, хотя у 25-30% пациентов выявляют ВПГ-1, заражение которым происходит при орально-генитальных, генитально-анальных и орально-анальных контактах. Возможна передача инфекции бытовым путем через предметы личной гигиены. Заражение возможно как при наличии клинических проявлений болезни у полового партнера, так и при их отсутствии, что особенно важно в эпидемиологическом отношении. Генитальный герпес — одна из наиболее распространенных ИППП. Он представляет собой важную медицинскую и социальную проблему, поскольку с ним связана разнообразная патология преимущественно у женщин и детей раннего возраста. У женщин генитальный герпес, даже при бессимптомном течении болезни, может стать причиной выкидышей, заражения плода и новорожденного, что может приводить к порокам развития или умственной отсталости ребенка и даже к летальным исходам. Рецидивирующий генитальный герпес нередко нарушает нормальную половую жизнь, препятствует созданию семьи, приводит к нервно-психическим расстройствам.. Появлению или рецидивированию генитального герпеса способствуют снижение иммунной реактивности организма, травма, переохлаждение или перегревание, сопутствующие заболевания, медицинские манипуляции, психологические и физиологические состояния (например, менструальный цикл).

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.**

Дифференцировать следует с сифилисом, мягким шанкром, паховой гранулемой, чесоткой, фиксированной эритемой, эритроплазией Кейра, болезнью Бехчета, болезнью Крона, контактным дерматитом, травмой, пузырными дерматозами, стрептококковым импетиго, шанкриформной пиодермией, баланопоститом, плазмоклеточным баланитом Зуна. **4. Составьте план лечения больного.**

Основным направлением в лечении является применение высокоспецифичных противовирусных препаратов – ациклических нуклеозидов, которые блокируют репликацию ВПГ. Специфическое лечение необходимо назначать как можно раньше после появления первых симптомов заболевания. 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 – НПВС (вольтарен, индометацин) курсом 7 дней. В комбинации с вышеперечисленными препаратами назначают антиоксиданты – витамины Е, С.

5. **Выпишите рецепты.**

Rp: Ung. Bonaphtoni 0,5% 30,0

D.S. Смазывать очаг 3—4 раза в день тонким слоем.

Rp: Ung. Interferoni 30% 10,0

D.S. Смазывать очаг 3—5 раз в день.

**Эталон ответа к задаче №5**

**1. Поставьте диагноз.** Контагиозный моллюск. **2. Этиология и патогенез данного заболевания.**

Заболевание вызывается ортопоксвирусом. Инкубационный период заболевания в среднем — 2—7 недель. Контагиозный моллюск проявляется опухолевидным разрастанием эпидермиса, инфицированные клетки увеличиваются в размерах, лопаются и скапливаются в центре элементов сыпи.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.**

Дифференциальная диагностика с плоскими бородавками, остроконечными кондиломами, сирингомой, гиперплазией сальных желез, кератоакантомой, плоскоклеточным раком кожи, базальноклеточным раком кожи, имплантационной кистой.

1. **Составьте план обследования и лечения больного.**

**Выпишите рецепты.**

План обследования:

 ОАК, ОАМ;

 микроскопическое, гистологическое исследование, ПЦР-

диагностика (при нетипичной клинической картине);

 иммунологическое обследование (при торпидном течении заболевания, частых рецидивах).

Местное лечение:

 удаление элементов контагиозного моллюска пинцетом, деструкцией жидким азотом или электротоком;

 обработка образовавшегося после удаления раневого дефекта 2-5% спиртовым раствором йода, фукорцином (жидкостью Кастеллани), 1—2 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого.

5. **Выпишите рецепты.**

Rp: Ung. Oxolini 1% 15,0

D.S. Смазывать очаг 3 раза в день

Rp: Ung. Tebropheni 5% 30,0

D.S. Смазывать очаг поражения 3 раза в день

Rp: Ung. Riodoxoli 0,5% 30,0

D.S. Смазывать очаги 1—3 раза в день тонким слоем

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

**Эталон ответа к задаче №6**

**1. Поставьте диагноз.**

Остроконечные кондиломы аногенитальной области.

**2.Этиология и патогенез данного заболевания.**

Остроконечные кондиломы *—* вирусное заболевание, характеризующееся появлением одиночных или множественных доброкачественных опухолевидных сосочковых разрастаний на коже и слизистых оболочках мочеполовых органов. Заболевание вызывает ВПЧ-1, 2, 6, 11, 16, 18. При остроконечных кондиломах гениталий в 90% случаев выявляют ВПЧ-6 и 11, относящихся к низкому онкогенному риску. Пациенты с видимыми остроконечными кондиломами могут быть одновременно инфицированы ВПЧ высокой степени онкогенного риска (16,18), ассоциирующиеся с интраэпителиальной неоплазией и аногенитальным раком. ВПЧ передается от человека при прямом интимном контакте. Изредка возможна передача ВПЧ через предметы интимного обихода. Часто бывает аутоинокуляция и тогда остроконечные кондиломы развиваются на отдаленных участках тела, которые подвержены мацерации или раздражению. Реже инфекция передается внутриутробно плоду через поврежденную плаценту или во время родов, при прохождении ребенка через родовые пути женщины,

инфицированной ВПЧ. Заболевание встречается одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Чаще наблюдают его у лиц в возрасте 20-40 лет, живущих активной половой жизнью. Остроконечные кондиломы обычно возникают в местах, травмирующихся при интимных контактах. Развитию

остроконечных кондилом способствуют влажность и

мацерация кожи и слизистых оболочек, нарушение правил интимной гигиены, выделения из гениталий, скопление смегмы в препуциальном мешке у мужчин, а также сопутствующие заболевания мочеполовых органов. ВПЧ обладает способностью длительное время персистировать в промежуточном слое многослойного плоского эпителия шейки матки, что объясняет высокую частоту рецидивов заболевания. У 10-30% молодых женщин наблюдают самопроизвольное исчезновение возбудителя ВПЧ, это зависит от иммунореактивности клеток организма человека. Однако несмотря на исчезновение ВПЧ могут сохраняться субклинические проявления инфекций, которые при наличии благоприятных условий (иммунодефицитные состояния, особенно у ВИЧ-инфицированных) переходят в клиническую форму заболевания.

**3.Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.**

Дифференциальная диагностика проводится с сифилитической инфекцией, контагиозным моллюском, фиброэпителиальной папилломой, микропапилломатозом вульвы.

**4.Составьте план лечения больного.**

Лечение остроконечных кондилом представляет значительные трудности. Это связано с тем, что до настоящего времени не существует специфических противовирусных препаратов, действующих на ВПЧ, поэтому полного устранения его из организма достичь невозможно.

Цитотоксические методы:

Подофиллотоксин (0,15% крем или 0,5% раствор), курсовое лечение до исчезновения клинических проявлений, но не более 5 курсов.

Химические методы: трихлоруксусная кислота (80-90% раствор) или солкодерм (комбинация азотной, уксусной, щавелевой, молочной кислот и тригидрата нитрата меди).

Физические методы: электрокоагуляция, лазерная вапоризация, радиохирургия, криодеструкция, хирургическое иссечение.

Иммунологичиские методы - использование интерферонов и инозина пранобекса (изопринозина).

Комбинированные - воздействие интерфероном альфа-2 с последующей криодеструкцией очага.

Воздействуют аппаратом «Плазмаскин» на очаги, предварительно обработанные жидким азотом, оксидом азота или диоксидом углерода.

**5.Выпишите рецепты.**

|  |  |
| --- | --- |
| Rp.: Ung. Tebropheni 5% 30,0  D.S. Смазывать очаг 3—5 раз вдень    Rp.: Ung. Interferoni 30% 10,0  D.S. Смазывать очаг 3—5 раз вдень    Rp.: Solcodermi 0,2  D.S. Наносить на пораженную      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  **Эталон ответа к задаче №7**  **1.Поставьте диагноз.**  Подошвенные бородавки. | однократно          Rp.: Condilini 3,5  D.S. Наносить строго на кондиломы с помощью аппликатора 2 раза в день в течение 3 дней    Rp.: Sol. Argenti nitratis 5% 10,0 Da in vitro nigro!  S. Наносить на разрастания кожи с помощью аппликатора однократно |

**2.Этиология и патогенез данного заболевания.**

Подошвенные бородавки вызывает ВПЧ-1,2,4. Они возникают на коже подошвы в местах наибольшего давления обувью (на передней части ступни, на пальцах, пятке, костных выступах). Представляют собой утолщения рогового слоя желтого цвета диаметром до 20 мм и более, вызывают резкую болезненность при ходьбе. Чаще развиваются у женщин, в детском возрасте встречаются редко.

Длительность существования подошвенных бородавок различна. Срезание роговых наслоений сопровождается небольшим точечным кровотечением. В некоторых случаях, особенно у детей, возможно самопроизвольное исчезновение бородавок.

**3.Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.**

С верруциформной эпидермодисплазией, фолликулярным дискератозом, красным плоским лишаем.

**4.Составьте план лечения больного. Выпишите рецепты.** Общая терапия:

1. противовирусная или этиологическая терапия;
2. патогенетическая терапия, направленная на повышение иммунной защиты организма (иммуномодулирующая терапия).

Местная терапия:

1. противовирусная наружная терапия;
2. наружные деструктивные методы (криодеструкция, электротермокаустика, лазерная деструкция, воздействие растворами кислот и т. д.), кюретаж;
3. цитотоксические препараты: кондилин, подофиллотоксин,

филлотоксин, 5**-**фторурацил.

**5.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.

**НЕИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ**

**1.Дерматиты. Токсикодермии. Синдром Лайелла. Экзема.**

**Эталон ответа к задаче №1**

**1. Поставьте предположительный диагноз.** Простой контактный дерматит. **2. 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.

1. **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 17бутират, метилпреднизолона ацепонат, мометазона фуроат).

**Эталон ответа к задаче №2**

**1. Поставьте диагноз.**

Контактный аллергический дерматит.

**2.Изложите основные патогенетические механизмы развития болезни.**

Аллергены или комплексные антигены, возникающие при присоединении гаптена с собственными белками кожи, накапливаются в клетках Лангерганса, подвергаются «процессингу», соединяются на поверхности антигенпредставляющих клеток с HLA-DR-антигенами. Образующийся комплекс стимулирует лимфоциты. Результатом сложной иммунной перестройки в системе Т-лимфоцитарного звена является выработка Т-лимфоцитов антигензависимых эффекторов. Данные клетки накапливаются в коже, где имеется депо аллергена и вызывают повреждающий эффект. Клинически описанные патогенетические механизмы реализуются в рамках адаптационной реакции как контактный аллергический дерматит. Исходом контактного аллергического дерматита является эллиминация аллергена и прекращение аллергической реакции.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

Простой контактный дерматит, истинная экзема.

1. **Назначьте лечение. Выпишите рецепты.** Общая терапия:
2. Устранение действия сенсибилизирующих веществ.
3. Диета с исключением раздражающих блюд, ограничением количества соли, углеводов.
4. Гипосенсибилизирующая терапия (кальций хлорид 10%, глюканат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%).
5. Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, кистин, телфаст, эриус, зиртек, ломилан).
6. Энтеросорбенты (уголь активированный, полифепан, энтерогель).
7. Мочегонные препараты (фуросемид, гипотиазид).
8. Витаминотерапия (С, В5, В6, Р).

Наружная терапия:

При явлениях экссудации дезинфицирующие примочки (с борной кислотой, резорцином, танином), в подострой стадии водные и масляные болтушки, цинковая паста с добавлением дерматола (1 – 2%). В стадии регресса 2% серно – салициловая мазь, 1-2% ихтиоловая мазь. Кортикостероидные кремы, мази, аэрозоли.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Rp: Sо1. Calcii gluconatis 10%-10,0  D.t.d. № 10 in amp.  S. По 10 мл. в/венно.    2. Rp: Tab. Kestine 0,01  D.t.d. № 30  S. По 1 таблетке 2 раза в день.    3. Rp: So1. Suprastini 2%-1.0  D.t.d. № 10 in amp.  S. По 1 мл. в/м 2 раз в день.    4. Rp: Sol. Pyridoxini 5%-1.0  D.t.d. № 10 in ampul.  S. По 1 мл. внутримышечно.  5. Rp: Sol. Aeviti2.0  D.t.d. № 10 in ampul. | S. По 2 мл. внутримышечно через день.     1. Rp:Sol. acidi borici 2% 300,0 D.S. Для примочек.      1. Rp: Ung. Elocomi - 15,0   D.S. Наружно 1-2 раза в день.     1. Rp: Akridermi - 15,0   D.S. Наружно 1-2 раза в день.       1. Rp: Ung. Locoidi - 30,0   D.S. Наружно 1-2 раза в день. 10. Rp: Ung. Advantani - 20,0  D.S. Наружно 1-2 раза в день. |

**5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.**

 Исключить контакт с возможными аллергенами и раздражающими кожу веществами, ограничение стрессовых ситуаций, частых водных процедур, использование смягчающих кремов, лосьонов; диета с исключением раздражающих блюд, ограничением количества соли, углеводов.

 Диспансерное наблюдение.

 Профотбор и рациональное трудоустройство.

**Эталон ответа к задаче №3**

**1. Поставьте диагноз.**

Распространенная истинная экзема. **2. Этиология и патогенез данного заболевания.**

Экзема развивается в результате комплексного воздействия экзогенных и эндогенных факторов. Основная роль в патогенезе заболевания принадлежит иммунному воспалению в коже с вовлечением в патологический процесс нарушений клеточного и гуморального иммунитета, угнетению неспецифической резистентности.

Характерные признаки истинной экземы:

 Сопровождается значительным зудом. Течение хроническое, склонное к рецидивам.

 Поливалентная сенсибилизация.

 По мере прогрессирования заболевания причиной рецидивов становятся – психоэмоциональные стрессы, что связано с преобладанием микроциркуляторных и нейровегетативных нарушений при истинной экземе.

 Полиморфизм высыпаний с преобладанием везикулезных элементов. Резко выражено мокнутие.

**3.Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

С атопическим дерматитом, токсидермией, пиодермией, аллергическим контактным дерматитом, ладонно-подошвенным псориазом, пустулезным бактеридом (синдром Эндрюса), дерматомикозами (эпидермофития стоп), буллезным пемфигоидом, фолликулярным дискератозом Дарье, болезнью Девержи, себорейной пузырчаткой Сенира-Ашера, стрептодермией, контактным аллергическим дерматитом, субкорнеальным пустулезом, герпетиформным дерматитом Дюринга, лейшманиозом, псориазом и парапсориазом, доброкачественной семейной пузырчаткой Хейли-Хейли, себорейной пузырчаткой.

**4.Врачей каких специальностей Вы привлекли бы к решению вопросов диагностики, лечения и профилактики?**

Терапевт, аллерголог, гастроэнтеролог, психоневролог.

**5.Составьте план лечения данной больной (выпишите рецепты).** Общая терапия:

1. Устранение действия сенсибилизирующих веществ.
2. Диета с исключением раздражающих блюд, ограничением количества соли, углеводов.
3. Гипосенсибилизирующая терапия (кальций хлорид 10%, глюканат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%).
4. Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, кестин, телфаст, эриус, зиртек, ломилан).
5. Энтеросорбенты (уголь активированный, полифепан).
6. Мочегонные препараты (фуросемид, гипотиазид).
7. Витаминотерапия (С, В5, В6, Р).

Наружная терапия:

При явлениях экссудации дезинфицирующие примочки (с борной кислотой, резорцином, танином), в подострой стадии водные и масляные болтушки, цинковая паста с добавлением дерматола (1 – 2%). В стадии регресса 2% серно – салициловая мазь, 1-2% ихтиоловая мазь. Кортикостероидные кремы, мази, аэрозоли.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Rp.: Sol. Suprastini 2% - 1.0 D.t.d. N. 10 in amp.  S. По 1 мл в/м 2 раза в день.    2. Rp: Acesoli 500,0  D.t.d. № 2 in flac.  S. Вводить в вену капельно.    3. Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10% -  10,0  D.t.d. N. 10 in amp. S. По 10 мл в/в.            **Эталон ответа к задаче №4**  **1.Поставьте диагноз.** | 4. Rp: Tab. Kestine 0,01  D.t.d. № 30  S. По 1 таблетке 2 раза в день.     1. Rp: Ung. Elocomi - 15,0   D.S. Наружно 1-2 раза в день.     1. Rp: Akridermi - 15,0   D.S. Наружно 1-2 раза в день.     1. Rp: Ung. Locoidi - 30,0   D.S. Наружно 1-2 раза в день.     1. Rp: Ung. Advantani - 20,0   D.S. Наружно 1-2 раза в день. |

Многоформная экссудативная эритема.

**2.Этиология и патогенез данного заболевания.**

Причина развития прием лекарственных препаратов содержащих сульфаниламиды. В основе патогенеза лежит реакция гиперчувствительности замедленного типа, в результате происходит повреждение сосудов дермы, а затем выход из сосудистого русла клеточных элементов.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

С узловатой эритемой, токсидермией, вторичным сифилисом, эрозивной формой красного плоского лишая, системной красной волчанкой.

1. **Составьте план лечения данной больной (выпишите рецепты).**

Общее лечение:

 Дезинтоксикационные и гипосенсибилизирующие препараты (гемодез, кальция глюконат, тиосульфат натрия).

 Антигистаминные препараты  *(*хлоропирамин в/м, мебгидролин внутрь, лоратадин внутрь, хифенадин, клемастин, диметинден, цетиризин).

 ГКС-препараты (преднизолон, дексаметазон).

Местное лечение:

 Топические глюкокортикостероидные препараты (бетаметазона валерат аппликации, гидрокортизона бутират, метилпреднизолона ацепонат).

 Растворы анилиновых красителей.

 Растворы антисептических средств (1% раствор перекиси водорода, 0,06% раствор хлоргексидина для полоскания полости рта).

5. **Рекомендации больной после проведения курса терапии.**

 Исключение приема причинно значимых лекарственных средств.

 Провести санацию очагов хронической инфекции.

**Эталон ответа к задаче №5**

**1. Поставьте диагноз.**

Токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла). **2. Этиология и патогенез данного заболевания.**

Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз) представляет собой остро развивающийся и крайне тяжело протекающий дерматоз, характеризующийся некрозом эпидермиса с его последующим отслоением на протяжении всего кожного покрова. Причинами синдрома Лайелла могут быть лекарственные средства, токсины вирусов и бактерий, их сочетание. Несомненное значение имеет генетическая прсдрасположенность пациента к аллергическим реакциям (атопический фон). Как правило, заболеванию предшествует какая-либо инфекция (рецидив герпеса, грипп, ОРВИ, ангина и пр.) и применение лекарственных средств из групп сульфаниламидов, антибиотиков, барбитуратов, производных пиразолона. Сочетание этих причинных факторов может «запустить» все виды аллергических и токсических реакций. Выделяют 4 фазы – продромальную, эруптивную, фазу кризиса, выздоровление.Заболевание возникает через несколько часов или суток после приема лекарственных препаратов. Начало заболевания острое, внезапное, быстро прогрессирует.

1. **Чем обусловлены патогномоничные симптомы данного заболевания?**

При потирании кожи выражена болезненность. Этот симптом является предвестником гибели и отслойки эпидермиса, которая клинически развивается через несколько часов или суток.

Пузыри разного размера, которые быстро сливаются, создавая зрительный эффект обожженной кожи, или так называемый симптом «мокрого белья».

При потягивании пинцетом обрывков отслоившегося эпидермиса наблюдается выраженный симптом Никольского - отслойка эпидермиса (патоморфологически обусловлен некрозом эпителия и его отслойкой от дермы на уровне базальной мембраны).

1. **В каком отделении стационара должна находиться больная?**

В реанимационном отделении стационараожогового центра**.**

1. **Составьте план лечения данной больной.**

Основными принципами лечения являются:

— Этиотропная терапия – устранение фактора, вызвавшего ТЭН.

— Патогенетическая терапия – интенсивная детоксикация организма, противоаллергическая и противовоспалительная терапия.

— Симптоматическая терапия – коррекция водно-

электролитного, белкового, кислотно-щелочного баланса, борьба с вторичной инфекцией, обезболивание, тщательный уход за кожей и др.

При констатации ТЭН проводят неотложные мероприятия:

 в/в капельно детоксицирующий растворы (изотонический раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы);

 в/в капельно 200-300 мг преднизолона.

В условиях реанимационного отделения проводят:

 преднизолон per os 100-200 мг в сутки (при невозможности глотать или при сопутствующей язвенной болезни желудка преднизолон вводят внутривенно капельно 300-400 мг/суг);

 в/в введение детоксицирующих растворов не менее 1,5-2 л в день под контролем функции почек и сердца.

Коррекция нарушений водно-солевого, белкового, кислотнощелочного баланса организма. При обширных эрозиях на коже и слизистых оболочках, а также для профилактики пневмонии и септических осложнений назначают парентерально антибиотики широкого спектра действия новейших поколений. По необходимости вводят анальгетики.

Наружный уход за кожей осуществляют как при ожоговой болезни с применением современных технологий.

В случае достижения устойчивого положительного результата, эпителизации основных поражений, уменьшения интоксикации, нормализации температуры тела и функций внутренних органов суточную дозу преднизолона постепенно снижают, вплоть до полной отмены препарата через 1,5-2 месяца лечения.

**Эталон ответа к задаче №6**

1. **Поставьте диагноз.**

Себорейная экзема, стадия обострения.

1. **Этиология и патогенез заболевания.**

Экзема развивается в результате комплексного воздействия экзогенных и эндогенных факторов, 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 дерматоза.**

С псориазом и доброкачественной семейной пузырчаткой ХейлиХейли, себорейной пузырчаткой.

1. **Назначьте лечение. Выпишите рецепты.** Общая терапия:
2. Режим охранительный: исключение контактов с возможными аллергенами, ограничение водных процедур.
3. Диета: исключаются яйца, цитрусовые, жирные сорта рыбы, мясные бульоны, цельное молоко, орехи, газированные напитки, красные вина, морепродукты, томаты, шоколад, какао, кофе, приправы, острые блюда.
4. Антигистаминные препараты (мебгидролинвнутрь, лоратадинвнутрь, цетиризин).
5. ГКС-препараты системного действия (бетаметазонв/м).
6. Гипосенсибилизирующие средства (натрия тиосульфат30% раствор, магния сульфат25% раствор).
7. Дезинтоксикационные средства (натрия хлоридв/в капельно).
8. Транквилизаторы (оксазепам внутрь).
9. Вегетотропные средства (фенобарбитал + эрготамин + сумма алкалоидов красавки внутрь).Местное лечение:
10. Топические ГКС-препараты(гидрокортизонабутират, мометазона фуроат).
11. 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).
12. Комбинированные лекарственные препарататы, содержащие ГКС и антибиотики/антимикотики *(*гентамицин + бетаметазон + клотримазол, бетаметазон + гентамицин, неомицин + натамицин + гидрокортизон).
13. Анилиновые красители *(*бриллиантовый зеленыйспиртовой раствор, метиленовый синий1—3% водный или спиртовой раствор).

1. **Рекомендации больной после клинического выздоровления.**

 правильный уход за кожей;

 сведение к минимуму причин, приводящих к рецидивам;

 устранение контактов с возможными аллергенами и раздражающими кожу веществами;

 ограничение стрессовых ситуаций;

 ограничение частых водных процедур;

 использование смягчающих кремов, нейтральных моющих средств.

**Эталон ответа к задаче №7 1. Поставьте диагноз.**

Микробная экзема в стадии обострения. **2. Этиология заболевания.**

 Вследствие вторичной экзематизации очагов пиодермии, микоза (микотическая экзема).

 На фоне трофических нарушений на нижних конечностях с явлениями трофических язв, лимфостаза (варикозная экзема).

 В области инфицированных травм, ожогов, свищей

(паратравматическая экзема).

1. **Какие лабораторные методы исследования могут подтвердить причину возникновения заболевания?**

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

1. **Особенности лечения при острых воспалительных процессах на коже, сопровождающихся мокнутием.**

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. в течение 4-7 дней*).*

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

С экзематоидным псориазом, хронической семейной доброкачественной пузырчаткой, постэрозивным сифилоидом.

**Эталон ответа к задаче №8**

1. **Поставьте диагноз.**  Отек Квинке.
2. **Перечислите диагностические критерии данного состояния.**

 острое начало;

 ограниченный глубокий отек кожи и/или слизистых оболочек;  повышение температуры тела, головная боль, падение АД, шок;

 кожа напряжена, при надавливании пальцем вдавления не

образуется;

 окраска кожи в зоне поражения может быть бледнее здоровых участков за счет сдавления отеком сосудов кожи;

 локализация: лицо (губы, крылья носа, кожа вокруг глаз, щеки), гениталии; слизистые оболочки полости рта, гортани, трахеи, бронхов, желудочно-кишечного тракта.

**3. Чем опасно поражение слизистых оболочек вернхних дыхательных путей при дано состоянии?**

Асфиксия. **4. Назначьте лечение.**

 Адреналина гидрохлорид 0,5 – 1,0 мл 0,1% р – ра подкожно.

 При признаках удушья – преднизолон 20 – 60 мг в/в в сутки.

 Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, телфаст, эриус, зиртек, ломилан).

 Лазикс 2 мл в/в.

**5. Выпишите рецепты.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Rp: Tab. Kestine 0,01  D.t.d. № 30  S. По 1 таблетке 2 раза в день.          **Эталон ответа к задаче №9** | 2. Rp.: Sol. Suprastini 2% - 1.0 D.t.d. N. 10 in amp.  S. По 1 мл в/м 2 раза в день.    3. Rp: Acesoli 500,0 D.t.d. № 2 in flac.  S. Вводить в вену капельно. |

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Контактная (профессиональная) экзема в стадии обострения.

1. **Какие методы дополнительного обследования могут подтвердить или отвергнуть данный диагноз?**

Диагноз устанавливается профпатологом на основании анамнеза, клинических проявлений, течения заболевания, выяснения условий работы и этиологического фактора болезни. Повышенная чувствительность к производственным аллергенам выявляется с помощью кожных проб или in vitro (резко положительной РТМЛ и др.).

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

Дифференциальная диагностика со стрептодермией, контактным аллергическим дерматитом, субкорнеальным пустулезом, герпетиформным дерматитом Дюринга, лейшманиозом, другими клиническими вариантами экземы. **4. Профилактика данного дерматоза.**

Профилактика профессиональной экземы предусматривает улучшение санитарно-технических и санитарно-гигиенических условий труда на производстве, обеспечение рабочих средствами индивидуальной защиты кожи, в том числе и дерматологическими. Больные экземой подлежат диспансерному наблюдению у дерматолога. **5. Рекомендации больной после клинического выздоровления.**

Больного профессиональной экземой необходимо перевести на работу вне контакта с производственными аллергенами, раздражающими кожу веществами, неблагоприятными физическими факторами; при упорном течении профессиональной экземы больного освидетельствуют для определения инвалидности по профзаболеванию.

**Эталон ответа к задаче №10**

1. **Поставьте диагноз.**

Распространенная токсикодермия медикаментозного генеза. 2. **Какие методы дополнительного обследования могут подтвердить данный диагноз?**

Положительные иммунологические тесты: РПГА (реакция пассивной гемагглютинации); прямой и непрямой тест дегрануляции базофилов или тучных клеток; показатель повреждения нейтрофилов; ИФА для определения антител класса IgG, IgM, IgE; РПМЛ (реакция подавления миграции лейкоцитов.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

С красным плоским лишаем, псориазом, милиарным и лентикулярным папулезным сифилидом.

1. **Назначьте лечение. Выпишите рецепты.** Общая терапия:

 отмена всех лекарственных препаратов;

 молочно-растительная диета с ограничением соли, углеводов, экстрактивных веществ, обильное питье;

|  |  |
| --- | --- |
|  | дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, реамберин); |
|  | дегидратационная терапия (фуросемид, гипотиазид); |
|  | энтеросорбенты (активированный уголь, полифепан); |
|  | слабительные средства (магния сульфат 25% р-р); |
|  | гипосенсибилизирующая терапия (глюконат кальция 10%, |

тиосульфат натрия 30%, кальция хлорид 10%);

 антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, кестин).

Местная терапия: везикулопустулезные элементы вскрыть стерильной иглой, обработать растворами анилиновых красителей (1-2 % раствором метиленового синего, 0,5 % раствором перманганата калия, краской Кастеллани), затем используют кортикостероидные мази (элоком, акридерм, локоид, адвантан).

1. **Рекомендации больному после клинического выздоровления.**

— исключить бесконтрольный прием любых лекарственных

препаратов (особенно антибиотиков);

— диспансерное наблюдение.

**Эталон ответа к задаче №11**

**1. Поставьте предположительный диагноз.**

Синдром Стивенса-Джонсона **2. Этиология и патогенез заболевания.**

Развивается после приема лекарственных препаратов. Патогенез изучен недостаточно. Заболевание развивается вследствие иммунных реакций, опосредованных воздействием активированных цитотоксических Т-лимфоцитов на кератиноциты.

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

Дифференциальная диагностика с вульгарной пузырчаткой, синдромом стафилококковой обожженной кожи, синдромом Лайелла, реакцией «трансплантат против хозяина».

1. **Составьте план обследования и лечения больного.**

Обследование:

 ОАК, ОАМ;

 биохимический анализ крови;

 гистологическое исследование биоптата кожи.

Общее лечение:

 дезинтоксикационные и гипосенсибилизирующие препараты (натрия хлорид + калия хлорид + магния хлорид в/в капельно, кальция глюконат, тиосульфат натрия);

 ГКС-препараты (преднизолон, дексаметазон);

 антибактериальные препараты.

Местное лечение:

 растворы антисептиков (1% раствор перекиси водорода,

0,06% раствор хлоргексидина, раствор перманганата калия);

 анилиновые красители;

 эритромициновая мазь при поражении глаз.

**5. Профилактика заболевания.**

 Категорически запрещается применение лекарственных средств, вызвавших данное заболевание.  Рекомендуется носить опознавательный браслет с указанием конкретных лекарственных препаратов.

**2. Кожный зуд. Крапивница. Почесуха.**

**Атопический дерматит.**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. **Поставьте диагноз.** Острая крапивница.
2. **Изложите основные патогенетические механизмы развития болезни.**

Гиперергическая реакция немедленно-замедленного типа.

Дегрануляция тучных клеток, выделение биоактивных медиаторов воспаления, компонентов комплемента, увеличение концентрации IgE.

Гистаминергический вариант (избыточное выделение гистамина и других БАВ, снижение активности ферментативных систем, инактивирующий гистамин, резкое уменьшение (отсутствие гистаминпексии сыворотки крови, резкое расширение капилляров, повышение их проницаемости, острый отек сосочков дермы и подслизистого слоя).

Вариант с гиперпродукцией брадикинина и других БАВ

(интерлейкины, простагландины и другие).

Холинергический вариант (преобладание выделения ацетилхолина).

Адренергический вариант (повышение в крови содержания адреналина, норадреналина, IgE).

Аутоагрессивный вариант (диспротеинемия с накоплением внутриклеточных протеаз, образование циркулирующих иммунных комплексов с последующей сосудистой реакцией, гиперпродукция IgE, дефицит IgА).

1. **Причина возникновения данного заболевания.**

Семейная атопия; пищевые и ингаляционные аллергены; фокальная инфекция; медикаменты (прием антибиотиков); парапротеинемия, опухолевый процесс; глистная инвазия; физические факторы (солнце, холод); заболевания ЖКТ, печени, почек; укусы насекомых; беременность.

1. **Возможные осложнения заболевания.** Отек Квинке.
2. **Назначьте лечение. Выпишите рецепты.** Общая терапия:

 прекращение приема антибиотиков;

 молочно-растительная диета, с ограничением острых, пряных блюд, тонизирующих напитков;

 гипосенсибилизирующая терапия (глюконат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%, кальций хлорид 10%);

 антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, телфаст, эриус, зиртек, ломилан);

 стабилизаторы мембран лаброцитов и базофилов (интал,

кетотифен);

 магния сульфат 10 – 25% – послабляющий эффект;

 энтеросорбенты (активированный уголь, полифепан);  дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, ацесоль, полиоксидин).

Местная терапия:

Растворы и взбалтываемые взвеси со спиртом и водой, содержащие противозудные вещества (0,5-2% димедрола, 1-2% ментола, 1-2% тимола, 5-10% анестезина, 1-2% фенола), «Меновазин», столовый уксус разведенный в воде 1:3, 1-4% раствор лимонной кислоты, гель

«Совентол» 1-2 раза в сутки.

Кортикостероидные мази (элоком, акридерм, локоид, адвантан).

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Rp.: Sol. Suprastini 2% - 1.0 D.t.d. N. 10 in amp.  S. По 1 мл в/м 2 раза в день.    2. Rp: Acesoli 500,0  D.t.d. № 2 in flac.  S. Вводить в вену капельно.    3. Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10% - 10,0 D.t.d. N. 10 in amp.  S. По 10 мл в/в. | 1. Rp: Ung. Elocomi - 15,0   D.S. Наружно 1-2 раза в день.     1. Rp: Akridermi - 15,0   D.S. Наружно 1-2 раза в день.     1. Rp: Ung. Locoidi - 30,0   D.S. Наружно 1-2 раза в день.     1. Rp: Ung. Advantani - 20,0   D.S. Наружно 1-2 раза в день. |

**Эталон ответа к задаче №2 1. Поставьте диагноз.**

Атопический дерматит, 3 возрастной период, лихеноидная форма, III степень активности.

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 дерматоза.**

Дифференциальная диагностика с аллергическим контактным дерматитом, чесоткой, ихтиозом обыкновенным, псориазом обыкновенным, ограниченным нейродермитом, микробной экземой, розовым лишаем Жибера, дерматофитией, лимфомой кожи в ранней стадии, синдромом гепериммуноглобулинемией Е, синдромом Вискотта-Олдрича, десквамативной эритродермией Лейнера-Муссу.

1. **Составьте план обследования больной.**

 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 больной.**

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).
3. Стабилизаторы мембран тучных клеток *(*кетотифена гидрофуморат).
4. Адсорбенты (диоктаэдрический смектит внутрь, энтеросгель).
5. Гипосенсибилизирущие средства (хлористый кальций 10% раствор, глюконат кальция 10% раствор).
6. Дезинтоксикационные средства (реамберин, изотонический раствор хлорида натрия в/в капельно).
7. Седативные и вегетотропные препараты (новопассит, глицин).
8. Транквилизаторы (гидроксизин внутрь).
9. ГКС для системного применения (дексаметазона фосфат).
10. Иммунодепрессанты (циклоспорин). Местное лечение:

ГКС-топические средства(мометазона фуроат, гидрокортизона 17бутират, бетаметазона дипропионат, в форме эмульсии, аэрозоля, крема, мази применяют на ограниченные участки).

1. Топический ингибитор кальциневрина (пимекролимус).

1. Антисептические наружные препараты *(*фукорцин спиртовой раствор, метиленовый синий 1-3% водный раствор).
2. Пасты, кремы, мази, содержащие нафталанскую нефть 2—5%.
3. Пиритион цинк активированный (0,2% аэрозоль, крем).

Физиотерапевтические методы лечения: широкополосная средневолновая УФ-терапия (селективная фототерапия), узкополосная средневолновая УФ-терапия, дальняя длинноволновая УФ-терапия, низкоинтенсивная лазерная терапия.

**Эталон ответа к задаче №3**

**1. Поставьте диагноз.** Пруриго взрослых. **2. Этиология и патогенез заболевания.**

Чаще наблюдается у женщин среднего и пожилого возраста. Развитие заболевания связывают с нарушениями функции желудочно-кишечного тракта, нервно-психическими и эндокринными нарушениями (сахарный диабет, тиреотоксикоз) - объясняют аутоинтоксикацией и аутоаллергизацией; возможно развитие почесухи взрослых как паранеопластического дерматоза при раке внутренних органов. Обострениям процесса способствуют аллергизирующие пищевые факторы.

**3. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

С чесоткой, герпетиформным дерматитом Дюринга, токсикодермией, диссеминиргванным нейродермитом. **4. Назначьте лечение. Выпишите рецепты.**

Лечение включает: строгую гипоаллергенную диету, устранение причинных факторов, назначение антигистаминных препаратов (супрастин, диазолин, задитен, кларитин, фенкорол и др.), седативных средств (валериана, пустырник), десенсибилизирующей (тиосульфат натрия, препараты кальция и др.), инфузионной терапии (гемодез, в тяжелых случаях плазмаферез), наружно назначают противозудные взбалтываемые взвеси с ментолом, анестезином, кортикостсроидные мази (элоком, адвантан, лоринден С и др.). Назначают физиотерапию в виде рефлекторной магнитотерапии, диадинамических токов, ультразвука на надпочечники, а также УФО, поляризованного света и лазеротерапии.

**5. Рекомендации больной после клинического выздоровления.**

Выявление и устранение соматической патологии, лечение патологии ЖКТ, болезни крови, соблюдение диеты, избегание стрессовых ситуаций и других провоцирующих заболевание факторов, гигиенический уход за кожей.

**Эталон ответа к задаче №4**

1. **Предположительный диагноз.**

Атопический дерматит, I возрастной период, экзематозная форма, I степень активности.

1. **Его обоснование.**

На основании типичной клиники и аллергологического анамнеза. 3. **С каким заболеванием необходимо дифференцировать?** Дифференцировать с: истинной экземой, микробной, себорейной токсикодермией, псориазом, грибковыми заболеваниями.

4. **Дополнительные методы обследования.**

Консультация аллерголога с тестированием аллергопроб, обследование ЖКТ, выявление хронических очагов инфекции. **5. Лечение.**

В лечении гипоаллергенная диета матери, с переводом ребенка на гипоаллергенные смеси (Hipp) , антигистаминные, ферменты, сорбенты, Дардия, адвантан.

**Эталон ответа к задаче №5 1. Поставьте диагноз.**

Атопический дерматит, 1 возрастной период, экссудативная форма, III степень активности.

1. **Перечислите факторы риска в развитии данного дерматоза.**

Эндогенные факторы:наследственность, атопия, гиперреактивность кожи.

Экзогенные факторы (триггеры): аллергенные (пищевые, бытовые, пыльцевые, эпидермальные, грибковые, бактериальные, вакцинальные); неаллергенные (психоэмоциональные нагрузки, изменение метеоситуации, табачный дым, пищевые добавки, поллютанты, ксенобиотики).

Факторы, усугубляющие действие триггеров: климатогеографические, нарушения характера питания, нарушения правил режима и ухода за кожей, бытовые условия, вакцинация, психологический стресс, острые вирусные инфекции.

1. **Перечислите обязательные диагностические критерии данного дерматоза.**

 зуд кожных покровов,

 типичная морфология и локализация кожных высыпаний (у детей экзематозные высыпания, локализующиеся на лице и разгибательных поверхностях конечностей; у взрослых – лихенизация и экскориации на сгибательных поверхностях конечностей),

 хроническое рецидивирующее течение,

 атопия в анамнезе или наследственная предрасположенность к атопии.

1. **Назовите особенности клинического течения данного дерматоза у детей.**

 начало заболевания в раннем возрасте,

 наличие аллергических заболеваний у родителей и/или родственников пробанда,

 зуд кожных покровов различной интенсивности,

 типичная морфология кожных высыпаний в виде стойкой гиперемии или преходящей эритемы, папуло-везикулезных высыпаний на эритематозном фоне с экссудацией, или инфильтрации, сухости кожи, шелушения, лихенификации,

 типичная локализация кожных высыпаний,

 хроническое рецидивирующее течение,

 высокий уровень IgЕ и аллерген - специфических IgЕ-антител в сыворотке крови.

**5. Алгоритм наружной терапии в зависимости от фазы дерматоза.**

Острая (гиперемия, отек, экссудация, зуд):

1. Примочки, влажно высыхающие повязки из 1% р-р танина, 10% р-р ихтиола, р-р риванола 1:1000, жидкости Бурова и др. 2. Красители: фукарцин, 1-2% р-р метиленового синего.

Хроническая (лихенификация, зуд):

1. Противовоспалитеные средства.
2. Средства, улучшающие микроциркуляцию и метаболизм в очагах поражения.

**Эталон ответа к задаче №6**

1. **Поставьте диагноз.** Пруриго взрослых.
2. **Чем обусловлено заболевание кожи?** Метастазами рака в печень.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

С паразитарными заболеваниями кожи (чесоточный клещ, личинки некоторых насекомых и круглых червей, эктопаразиты – кровососущие насекомые, а также клещи, обитающие на животных, траве и т. д.), с гельминтозами; лекарственным происхождением зуда; с проявлением холестаза, которым сопровождаются многие заболевания печени; с

психогенным зудом (как правило, наблюдается у больных старше 40 лет, чаще у женщин, обычно зуд связан с тактильным галлюцинозом (пациенты жалуются на отчетливые ощущения ползанья, укусов насекомых и т. п.). В тех случаях, когда пациент связывает зуд с контактом с водой, следует исключить холодовую, тепловую и холинергическую (проявляются при контакте с горячей водой) крапивницы.

1. **Чем мы можем помочь данной больной?**

Антигистаминные препараты, местно ГКС-мази, анилиновые красители. **5. Выпишите рецепт ГКС-мази.**

Rp: Ung. “Dermovate” 25,0

D.S. Наносить тонким слоем на очаги 2 раза в день.

**Эталон ответа к задаче №7**

1. **Поставьте диагноз.**

Хроническая крапивница.

**2.Этиология и патогенез заболевания.**

Этиологию хронической крапивницы часто установить не удается. Появление волдырей и ангионевротического отека при хронической крапивнице является следствием выброса гистамина тучными клетками и базофилами. Примерно у трети больных определяются циркулирующие аутоантитела (JgG).

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

Дифференциальная диагностика с острой крапивницей, уртикарными васкулитом, мастоцитозом.

1. **Составьте план обследования больного.** Обследования:

|  |  |
| --- | --- |
|  | анамнез и физикальное обследование, |
|  | ОАК, ОАМ, |
|  | биохимический анализ крови, |
|  | двукратный анализ кала на я/глист с интервалом 10 дней, |
|  | двукратная ИФА диагностика токсокароза, лямблиоза, |

описторхоза с интервалом 14 дней,

 определение маркеров вирусных гепатитов,

 УЗИ органов брюшной полости,

 исследование показателей функции щитовидной железы,

 консультация аллерголога с проведением аллергологической диагностики,

 биопсия кожи.

1. **Назначьте лечение. Выпишите рецепты.**

 диета гипоаллергенная с исключением предполагаемых

аллергенов,

 антигистаминные препараты 1-го поколения (хлоропирамин,

мебгидролин, клемастин),

 антигистаминные препараты 2-го поколения (лоратадин),  ГКС для системного применения (преднизолон, дексаметазона фосфат),

 адреномиметики (адреналин 0,1% раствор п/к или в/м).

**Эталон ответа к задаче №8**

1. **Предположительный диагноз.**

Атопический дерматит, II возрастной период, смешанная форма, III степень активности.

1. **Его обоснование.**

На основании аллергологического (+) анамнеза, типичной клиники, дополнительных методов обследования. **3. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?**

Дифференциальная диагностика с себорейным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, чесоткой, псориазом обыкновенным, ограниченным нейродермитом, микробной экземой, розовым лишаем Жибера. **4. Дополнительные методы обследования.**

Дополнительно обследовать органы ЖКТ, консультация аллерголога, иммунолога.

**5. Лечение, иммунокоррекция.**

В лечении: антигистаминные II и III поколения курсами, иммунокоррекция, методы лечения. Адвантан, элоком, тридерм, алпрессан, топикрем.

**Эталон ответа к задаче №9 1. Ваш предварительный диагноз.**

Атопический дерматит, смешанная форма, I возрастной период, III степень активности.

**2.Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

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

1. **Перечислите дополнительные диагностические критерии данного дерматоза.**

Ксероз (сухость) кожных покровов, ладонный ихтиоз, реакция немедленного типа при кожном тестировании с аллергенами, локализация кожного процесса на кистях и стопах, хейлит, экзема сосков, восприимчивость к инфекционным поражениям кожи, связанные с нарушением клеточного иммунитета, начало заболевание в детском возрасте, эритродермия, рецидивирующий конъюнктивит, складка ДеньеМоргана (суборбитальные складки), кератоконус (коническое выпячивание роговицы), передние субкапсулярные катаракты, трещины за ушами, высокий уровень Ig E в сыворотке крови.

1. **Наметьте план лечебных и профилактических мероприятий.**

Лечение антигистаминные, дезинтоксикационная терапия, сорбенты, ферменты, иммуномодуляторы (фитоадаптогены). **5. Рекомендации после клинического выздоровления.**

Находится на грудном вскармливании до года, в случае обострения кожного процесса – гипоаллергенные смеси (Hipp). Выполнение прививок для второго полугодия календаря щадящим методом. Антигистаминные – фенистил, супрастин, ломилан, ферменты, сорбенты, эубиотики, адвантан, NARCA, алпрессан, топикрем эмульсия.

**Эталон ответа к задаче №10**

**1. Поставьте диагноз.**

Атопический дерматит, II возрастной период, смешанная форма, III степень активности.

**2.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?**

Дифференцировать с истинной экземой, псориазом, токсикодермией, парапсориазом, сифилисом. **3.Современные методы лечения заболевания.**

Плазмаферез, АУФОК, гемосорбция, лазеротерапия. Иммунокорректоры с антигистаминными II, III поколения. Скин-кап наружно, дардия, адвантан.

**4.Первичная, вторичная и третичная профилактика заболевания.** Первичная профилактика включает в себя:

 рациональный диетический режим матери и последующее

правильное вскармливание ребенка,

 соблюдать индивидуальный подход к проведению профилактических прививок,

 предупреждать развитие острых респираторных заболеваний,

 необходимо ограничивать или исключать контакт с

аллергенами,

 поддерживать оптимальную влажность и адекватную

вентиляцию в помещениях,

 санация очагов хронической инфекции,

 коррекция нарушений психологического климата в семье, регулирование эмоционально-психических и физических нагрузок, исполнение рекомендаций, направленных на улучшение качества жизни.

Вторичная профилактика включает в себя:

 мероприятия, направленные на предотвращение прогрессирования заболевания, профилактику обострений атонического дерматита,

 диспансеризация, своевременное лечение, оздоровительные реабилитационные мероприятия,

 необходимо проведение вспомогательной базисной терапии, заключающейся в регулярном нанесении средств для увлажнения кожи.

Третичная - выбор профессии согласно учета профессиональных факторов.

**5.Санаторно-курортное лечение.**

Санатарно - курортное лечение летом на озерах своего региона и морях.

**3.Псориаз. Красный плоский лишай.**

**Эталон ответа к задаче №1 1. Поставьте диагноз.**

Распространенный псориаз, зимняя форма, прогрессирующая стадия.

Псориатическая артропатия?

1. **Дифференциальная диагностика**

С папулёзным сифилидом, КПЛ, парапсориазом, болезнью Рейтера.

1. **Клинические формы:**

Вульгарный, себорейный, экссудативный, ладоно-подошвенный, поражение ногтей.

Тяжелые формы псориаза: псориатическая пиодермия, пустулезный псориаз: генерализованный (тип Цумбуша), локализованный (тип Барбера), псориатический артрит.

1. **План обследования:**
2. ОАК, ОАМ
3. Сахар крови
4. Кровь на экспресс-метод (МРП)
5. Кровь на ВИЧ, НВS
6. БАК (билирубин, АЛТ, АСТ, СРБ)
7. Рентгенография коленных суставов

**План лечения:**

1. Диета, с ограничением острой, солёной, пряной пищи и алкоголя
2. Устранение или ослабление факторов риска
3. Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, ацесоль, полиоксидин)
4. Гипосенсибилизирующая терапия (кальций хлорид 10%, глюконат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%)
5. Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, телфаст, эриус, зиртек, ломилан)
6. Энтеросорбенты (активированный уголь, полифепан,

энтеросгель)

1. Витаминотерапия (В1 , В6 , В12 , фолиевая кислота, витамин С, аевит, витамин D3, никотиновая кислота)
2. Седативная терапия (настойка валерианы, настойка пустырника, микстура с бромом)
3. Сосудистые препараты (трентал, теоникол, эскузан)
4. Гепатопротекторы (эссенциале)
5. Физиолечение: УФО, СФТ

Наружное лечение: 1-2% салициловая мазь, кортикостероидные кремы и мази (белосалик, дипросалик, элоком-С).

**5. Рекомендации:**

1.Диспансерное наблюдение.

1. Диета с ограничением солёной, пряной пищи и алкоголя.
2. Устранение или ослабление факторов риска (санация очагов инфекции).
3. Лечение сопутствующих заболеваний.
4. Бальнеотерапия (морская соль, фитодобавки и др.).
5. Санаторно-курортное лечение.
6. Профотбор и рациональное трудоустройство.
7. Противорецидивное лечение с учетом сезонности процесса (курс витаминотерапии, фитотерапии, липотропные средства, УФО).

**Эталон ответа к задаче №2**

1. **Ваш предположительный диагноз.**

КПЛ, эрозивно-язвенная форма на слизистой оболочке полости рта

1. **Какой диагностический феномен может подтвердить предполагаемый диагноз?**

Симптом «сетки Уикхема» - мелкая сетчатость на поверхности папул; симптом красного плоского лишая, особенно обычной его разновидности. Папулу или бляшку смазывают каким-либо жидким маслом (вазелиновым, подсолнечным и др.). При этом на поверхности элемента ясно видны белесовато-опалового цвета точки и пересекающиеся в виде сетки линии. Этот феномен объясняется неравномерным утолщением зернистого слоя эпидермиса (гранулезом), типичным для данного заболевания. При остроконечной, бородавчатой, пигментной, атрофической и других формах красного плоского лишая проба менее показательна.

1. **Каковы основные гистологические признаки данного заболевания?**

Патоморфологические изменения при КПЛ: гиперкератоз, утолщение зернистого слоя (очаговый гран улез), акантоз (удлиненные межсосочковые отростки заострены книзу – симптом «пилы»), вакуольная дистрофия клеток базального слоя эпидермиса. Полосовидный инфильтрат в верхнем отделе дермы вплотную примыкает к эпидермису, «размывая» его нижнюю границу. В инфильтрате – лимфоциты (в основном, CD4) и гистиоциты. На границе между эпидермисом и дермой видны тельца Сиватта (коллоидные тельца) – дегенерированные кератиноциты. Иногда между эпидермисом и дермой отмечаются щелевидные пространства. Методом прямой иммунофлюоресценции на границе между эпидермисом и дермой выявляют обильные скопления фибрина, в тельцах Сиватта – lgM, реже IgA, IgG и компонент комплемента С3.

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

С папулёзным сифилидом, псориазом, лейкоплакией, эрозивно-язвенным стоматитом.

1. **Какие клинические формы данного заболевания вы знаете?**

Гипертрофическая, пемфигоидная, фолликулярная, пигментная, эритематозная, кольцевидная, эрозивно-язвенная, линеарная, псориазифорная, веррукозная.

**Эталон ответа к задаче №3 1. Поставьте диагноз.**

Синдром Гриншпана-Потекаева (сочетание эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая с сахарным диабетом и артериальной гипертензией). **2. Этиология и патогенез заболевания.**

Этиология и патогенез заболевания изучены недостаточно.

Существует несколько гипотез возникновения красного плоского лишая:

вирусная, нейроэндокринная, интоксикационная, иммуноаллергическая.

В пользу нейроэндокринной или неврогенной гипотезы свидетельствуют случаи внезапного развития дерматоза или его рецидивов после психической травмы. Интоксикационная гипотеза рассматривает связь возникновения красного плоского лишая с токсическим воздействием на организм лекарственных препаратов. Согласно иммуноаллергической теории в патогенезе заболевания важная роль отводится состоянию клеточного звена иммунной системы. В частности, у больных красным плоским лишаем установлено снижение количества Т-клеток и увеличение коэффициента Т-хелперы/Тсупрессоры в крови и очагах поражения. В эпидермисе и инфильтратах вокруг сосудов обнаруживают активированные Т-лимфоциты, что свидетельствует о наличии цитотоксических иммунных реакций, направленных против клеток базального слоя эпидермиса. Обычно в основе развития красного плоского лишая лежат комплексные нейрогуморальные и иммуноаллергические нарушения.

1. **С какими дерматозами необходимо провести дифференциальную диагностику данного заболевания?**

Папулёзный сифилид, псориаз, лейкоплакия, болезнь Дарье, атопический дерматит.

1. **Врачей каких специальностей Вы привлекли бы к решению вопросов диагностики, лечения и профилактики?**

Эндокринолог, кардиолог, гастроэнтеролог, стоматолог.

1. **Составьте план лечения больной.**

Общая терапия:

1. Антибиотикотерапия (препараты пенициллинового ряда).
2. Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, телфаст, эриус, зиртек, ломилан).
3. Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, ацесоль, полиоксидин).
4. Гипосенсибилизирующая терапия (кальций хлорид 10%, глюконат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%).
5. Гепатопротекторы (эссенциале, хофитол, карсил ).
6. Седативная терапия (настойка валерианы, настойка пустырника, микстура с бромом).
7. Витаминотерапия (А, Е, В, РР, С, Р, D2).
8. Физиолечение (УФО, магнитотерапия).
9. Санация очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний.
10. Санаторно-курортное лечение.

Наружная терапия:

Взбалтываемые взвеси, растворы, линименты с ментолом, анестезином, 3-4% лимонным спиртом, димексидом. Предварительно участки поражения можно смазывать противозудными жидкостями (с ментолом, анестезином, димедролом, карболовой, лимонной, уксусной кислотой).

Кортикостероидные мази (элоком, акридерм, локоид, адвантан).

Санация полости рта и глотки (исключение травматизации острыми краями зубов, протезами, не желательно присутствие во рту, разнородных металлов).

Полоскание полости рта растворами: 2-3% борной кислоты, 0,02 % фурацилина, натрия гидрокарбоната, 1% танина. Смазывания 3,44% масляным раствором ретинола, аеколом, аевитом, 1% водным раствором метиленового синего. Аппликации с каротолином, маслом шиповника, гелем солкосерила, винилином.

Местный гелий-неоновый лазер.

**Эталон ответа к задаче №4 1. Поставьте предварительный диагноз.**

Распространенный псориаз, смешанная форма, стационарная стадия. Псориатическая артропатия?

1. **Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?**

Граттаж, биопсия, рентгенологическое исследование суставов.

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

Папулёзный сифилид, КПЛ, парапсориаз, болезнь Рейтера.

1. **Методы лечения заболевания.**

Общая терапия: гипосенсибилизирующая терапия, ПНЖК, витамины В6 и В12, аевит, фитоцитостатики, кальцийтриол; возможно – цитостатики, иммунодепрессанты, ароматические ретиноиды; Наружная терапия:

— топические ГКС (моно- или комбинации с

кератопластическими и кератолитическими средствами);

— препараты с синтетическим аналогом витамина D3 –

кальципотриолом (моно- или в комбинации с глюкокортикостероидами);

— топические ароматические ретиноиды;

— разрежающие средства – мази, содержащие деготь, гидроксиантроны, нафталин.

**5. Прогноз при данном заболевании.**

Прогноз для жизни при обычном псориазе благоприятный, неопределенный в отношении продолжительности заболевания, сроков клинического выздоровления, рецидивов и обострения. У значительной части больных, особенно не получавших интенсивного лечения в первую очередь глюкокортикоидами и цитостатиками, возможны многолетние, в том числе и самопроизвольные, периоды клинического выздоровления. Нерациональное лечение и особенно самолечение ухудшает течение болезни. Обострению заболевания нередко способствуют различные инфекции. Менее благоприятен прогноз при эритродермии и генерализованном пустулезном псориазе, т.к. возможен летальный исход в результате истощения и тяжелых инфекций. Артропатический псориаз нередко приводит к инвалидизации больных.

**Эталон ответа к задаче №5**

**1. Поставьте диагноз.**

Тотальная псориатическая эритродермия. **2. Что может явиться причиной данного состояния?**

В данном случае стрессовая ситуация. Может возникнуть при постепенном прогрессировании псориатического процесса, слиянии бляшечных элементов, но чаще под влиянием провоцирующих факторов, среди которых наиболее неблагоприятны избыточная инсоляция, превышение дозы УФ-облучения или его применение в прогрессирующей стадии псориаза.

1. **Лечебная тактика.**

Та же, что и при прогрессирующем распространенном псориазе. Лечение должно быть комплексным. Оно включает общую и местную терапию, физиотерапию, соблюдение режима и диеты. Общее лечение включает назначение седатнвных препаратов, антигистаминов (при выраженном зуде), диуретиков (при экссудативной разновидности псориаза), нестероидных противовоспалительных средств (при артропатическом псориазе), иммуномодуляторов и пирогенных препаратов (особенно при длительно протекающих рецидивах). Используют также витамины различных групп: А (в том числе ароматические ретиноиды), В12, В6, С, D, Е и др. Лечение проводят особенно осторожно. Целесообразно использование системной кортикостероидной терапии при эритродермии, сопровождающейся лихорадкой, лимфаденопатией. Наиболее эффективно в подобных случаях внутривенное введение кортикостероидов непосредственно вслед за сеансом плазмафереза. Дозу кортикосгероидов подбирают индивидуально в зависимости от тяжести состояния больного. При тяжелых упорных формах заболевания эффективны цитостатики: метотрексат, сандиммун.

Применяются физиотерапевтические методы лечения – установлено, что длинноволновые УФ-лучи как правило процесс не обостряют. Местно назначают противовоспалительные (при прогрессировании процесса), кератолитические (в стационарной стадии). Из противовоспалительных местных средств наиболее широко используются 1–2% салициловый крем или мазь, 1% серно-салициловая мазь (при локализации поражения на коже волосистой части головы). Редуцирующие препараты начинают использовать с небольших концентраций (2–5% серно-дегтярная мазь, 5% ихтиоловая, 5–10% нафталанная), постепенно увеличивая концентрацию действующего вещества. На всех стадиях заболевания возможно применение кортикостероидных кремов и мазей: фторокорт, флуцинар, лоринден А. дипросалик, деперзолон, синафлан, целестодерм V, випсогал. Применяется также дитрастик (парафиновые палочки, содержащие 1.5% или 3% дитранола, снижающего активность клеточного деления). Перспективным препаратом является кальципотриол (витамин D3), который модулирует пролиферацию и дифференцировку кератиноцитов через внутриклеточные рецепторы, специфические для витамина D3.

1. **При каких заболеваниях встречаются аналогичные состояния, требующие проведения дифференциального диагноза с псориазом?**

Псориатическую эритродермиюдифференцируют от эритродермической формы грибовидного микоза. Для последней характерны, как правило, более позднее начало, большая стойкость и большая инфильтрация, выпадение волос, генерализованная лимфаденопатия, интенсивный постоянный зуд, частый ладонно - подошвенный гиперкератоз, специфическая гистологическая картина.

Эритродермическая форма болезни Девержи отличается желтовато - коричневатым оттенком очагов, наличием типичных фолликулярных конических узелков с шипиком на поверхности, располагающихся на коже кистей, в области крупных суставов.

1. **В каких случаях показана госпитализация больных псориазом?**

— наличие тяжелых и распространенных форм, в том числе эритродермии и пустулезного псориаза;

— необходимость назначения препаратов, требующих

постоянного клинико-лабораторного наблюдения;

— наличие сопутствующей патологии, требующей постоянного контроля на фоне системной терапии псориаза.

**Эталон ответа к задаче №6**

**1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование.** Красный плоский лишай, веррукозная форма.

**2.Какие методы исследования необходимо провести для окончательного установления диагноза?** Биопсия.

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.

1. **С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?**

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

1. **Методы лечения.**

Общее лечение:

 Дезинтоксикационные и гипосенсибилизирующие препараты

(гемодез в/в).

 Антигистаминные препараты  *(*хлоропирамин в/м, мебгидролин, лоратадин внутрь).

 Антималярийные препараты (гидроксихлорохин, хлорин).

 ГКС-препараты (преднизолон, бетаметазон).

Местное лечение:

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

 ПУВА-терапия с пероралъным применением фотосенсибилизаторов (метоксален).

**Эталон ответа к задаче №7**

**1.Наиболее вероятный клинический диагноз?**

Ладонно-подошвенный псориаз, зимняя форма, прогрессирующая стадия.

**2.С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?**

**3.Этиология и патогенез.**

Хронический дерматоз многофакторной природы с доминирующим значением генетических факторов, характеризующийся ускоренной пролиферацией эпидермоцитов, нарушением их дифференцировки, иммунными реакциями в дерме, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами. Заболевание с долей генетической компоненты 60-70%, средовой 30-40%.Заболеваемость более высокая в развитых странах со значительным уровнем урбанизации.Значительно реже или совсем не болеют псориазом в Японии и Корее, аборигены Австралии, индейцы Южной и Северной Америки. **4. Современные методы лечения заболевания.**

При выборе терапии необходимо учитывать: 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 выраженности локального воспаления, блокировку активности дендритных клеток, уменьшение выраженности сосудистых проявлений,

уменьшение числа и цитокиновой активности Т – лимфоцитов, снижение Th – 1 цитокиновой активности, уменьшение пролиферативной активности кератиноцитов, активацию апоптоза пролиферирующих эпидермоцитов и активированных лимфоцитов, восстановление полноценной диференцировки кератоноцитов.

Общепринятые средства системной терапии (метотрексат, ретиноиды, циклоспорин и др.) назначаются преимущественно в период прогрессирования заболевания. В последующем, в тяжелых случаях, проводится поддерживающая терапия под контролем клиниколабораторных показателей в течение нескольких месяцев, реже лет.

В настоящее время для лечения тяжелых форм псориаза используются средства, полученные с помощью биотехнологических методов, так называемые генно-инженерные биологические препараты.

Они представляют собой моноклональные антитела, применяемые с терапевтической целью. В отечественной медицинской практике для лечения псориаза и/или псориатического артрита разрешены к медицинскому приувеличименению следующие биологические препараты: инфликсимаб (ремикейд), эфализумаб (раптива, адалимумаб (хумира).

**5. Какие клинические варианты поражения ногтевых пластинок кистей и стоп при данном заболевании вы знаете?**

Наиболее характерно образование точечных вдавлений, придающих ногтевой пластинке сходство с наперстком. Реже наблюдают разрыхление и деформацию ногтевых пластинок, ломкость свободного края, изменение окраски ногтя, поперечные и продольные бороздки, онихолизис, подногтевые кровоизлияния. Могут быть утолщение ногтей, подногтевой гиперкератоз, онихогрифоз. Возможно развитие онихопатологии задолго до появления соматических высыпаний на коже. Чаще всего поражение ногтей встречается при артропатическом и пустулезном псориазе, однако оно не всегда может быть.

**Эталон ответа к задаче №8 1. Поставьте диагноз.**

Распространенный псориаз, зимняя форма, регрессирующая стадия.

**2.Какие патогенетические факторы могли способствовать развитию дерматоза?**

Переохлаждение, хронический тонзиллит.

**3.С какими заболеваниями нужно дифференцировать данный дерматоз?**

Микоз ладоней и подошв, кератодермия приобретенная, экзема ороговелая ладоней и подошв.

**4.Назовите диагностические критерии заболевания.**

Диагноз псориаза устонавливают на основании клинической картины заболевания, выявления симптомов псориатической триады, наличия феномена Кебнера в прогрессирующей стадии.

При поскабливании папул деревянным шпателем последовательно возникает триада характерных феноменов (псориатическая триада):

— «стеариновое пятно». При его легком поскабливании наблюдается усиление шелушения, придающего поверхности папул сходство с растертой каплей стеарина;

— «терминальная пленка» появляется после удаления чешуек в виде влажной, тонкой, блестящей, просвечивающей поверхности элементов;

— точечное кровотечение возникает после осторожного поскабливания «терминальной пленки» в виде точечных, несливающихся капель (феномен Ауспитца, или «кровяной росы» Полотебнова).

В ряде случаев для подтверждения диагноза проводится гистологическое исследование биоптата кожи из наиболее типичных очагов поражения.

**5.Влияние данного заболевания на качество жизни больных.**

— 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.

**Эталон ответа к задаче №9 1. Ваш предположительный диагноз?**

Псориаз распространенный, смешанная форма, прогрессирующая стадия.

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

Красный плоский лишай; сифилис вторичный, псориазиформные сифилиды; розовый лишай Жибера, бляшечный парапсориаз, себорейный дерматит, микоз ладоней и подошв. **3. Какие стадии выделяют в течении данного заболевания?**

Выделяют 3 стадии процесса: прогрессирующую, стационарную, регрессирующую.

1. **Какие наружные средства для лечения данного заболевания вы знаете?**

Применяют в зависимости от стадии, остроты воспалительного процесса и формы заболевания (обычный, экссудативный, ладонноподошвенный), локализации (волосистая часть головы, конечности и др.).

В прогрессирующую стадию заболевания назначают кератопластические и противовоспалительные средства: ланолиновый крем, 0,5—2% салициловую мазь, 5—10% нафталановый линимент или пасту, 3—5% пасту АСД, мази, содержащие осажденную серу (до 5 %), белую ртуть (до 3%), фенол (1%), метилксантины (3—5%), кортикостероидные кремы, мази, лосьоны. В данной стадии заболевания исключить применение раздражающих препаратов и высоких концентраций действующих веществ.

В стационарную и регрессирующую стадии псориаза на участки кожных высыпаний применяют кератолитические (рассасывающие) мази или жирные пасты, пленки, содержащие 3—5% салициловой кислоты, 10—30% нафталана, 5—10% ихтиола, белой ртути, березового дегтя, серы.

1. **Выпишите рецепты наружных средств.**

Acidi salicylici 2,0

Vaselini 100,0 Cremoris “Locoid” 30,0

M.D.S. Смазывать кожу 1—2 раза D.S. Наносить на очаги 2—4 раза, в день. в день .

Ung. “Synalar” 15,0 Ung. “Dermovate” 25,0

D.S.Смазывать очаги поражения D.S. Наносить тонким слоем на 1—2 раза в сутки. очаги 2 раза в день.

**Эталон ответа к задаче №10**

1. **Ваш предположительный диагноз?**

Себорейный псориаз, зимняя форма, прогрессирующая стадия.

1. **С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?**
2. **Составьте план обследования больного.**

— ОАК, ОАМ;

— 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, на гепатит В и С;

— консультации: окулиста, терапевта, эндокринолога, все женщины должны быть обследованы у гинеколога.

1. **Что такое изоморфная реакция раздражения?**

Феномен Кебнера (изоморфная реакция) свойствен ряду заболеваний, особенно псориазу и красному плоскому лишаю в стадии прогрессирования. На месте нанесения на кожу каких-либо порезов, царапин, ожогов появляются папулы, характерные для данного дерматоза.

Для получения феномена Кебнера с диагностической целью рекомендуется облучать небольшой участок кожи (2X2 см\*) гиперэритемной дозой кварца. Через 1—2 сут на данном участке появляются типичные высыпания.

1. **Какую роль в развитии данного заболевания играют иммунные механизмы?**

Предполагают, что первичная реакция при псориазе — возникновение клеточного инфильтрата, состоящего преимущественно из популяции CD 4+ Т-лимфоцитов в острой стадии заболевания и СD8+ Т-лимфоцитов в разрешающихся очагах. Генетический дефект при этом может реализоваться на уровне антигенпрезентирующих дендритических клеток и Т-лимфоцитов, что приводит к иной, чем в норме, продукции цитокинов, или на урове кератиноцитов, патологически реагирующих на цитокины. В настоящее время выделена новая субпопуляция Т-лимфоцитов — Тh 17, которая, как полагают, играет ключевую роль в воспалительном процессе при псориазе. Большинство исследователей отдают приоритет в патогенезе псориаза дисрегуляции иммунокомпетентных клеток и гиперпродукции провоспалительных цитокинов, в частности ИЛ -8, 12, 20, 23, ФНО - α , интерферона-γ. В качестве подтверждения гипотезы о центральной роли в патогенезе псориаза активированной CD4+ субпопуляции Т-лимфоцитов указывают положительный терапевтический эффект от применения моноклональных антител к CD 4 + Т-лимфоцитам. Не менее эффективна терапия, направленная на подавление продукции фактора некроза опухолей (анти- ФНО -

α). По мнению J. J. Voorhees 1994], псориаз — иммуногенетическое и, возможно аутоиммунное заболевание с еще неопределенным антигеном. Предполагают что такие антигены локализуются в роговом слое эпидермиса однако идентифицировать их пока не удалось.

**4.Пузырные дерматозы.**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. **Поставьте предварительный диагноз.** Вульгарная пузырчатка.
2. **Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?**
3. Взятие мазков-отпечатков со дна эрозий на акантолитические клетки.
4. Гистологическое исследование биопсированного материала. (выявление внутриэпидермальных (надбазальных) пузырей и щелей).
5. Непрямая РИФ (обнаружение антител, относящихся к IgG в сыворотке крови и пузырной жидкости).
6. Прямая РИФ (выявление IgG в межклеточном веществе пораженной и клинически не измененной коже больных).

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

С буллезным пемфигоидом Левера, буллезной формой герпетиформного дерматита Дюринга, буллезной разновидностью многоформной эритемы, острой лихорадящей пузырчаткой, хронической семейной доброкачественной пузырчаткой, пузырчаткой глаз, доброкачественной неакантолитической пузырчаткой слизистых оболочек полости рта, афтозным стоматитом, токсическим эпидермальным некролизом Лайелла, индуцированным транзиторным акантолитическим дерматозом

Гровера.

1. **В чем заключается ошибка врача-стоматолога по ведению данной больной?**

В том, что врач – стоматолог не направил больную на консультацию к дерматологу.

1. **Составьте план лечения больной. Какие осложнения могут возникнуть в процессе лечения больной?**

Общее лечение:

1. Диета: ограничение поваренной соли; увеличение потребления пищи богатой белками, кальцием и витаминами.
2. Глюкокотрикостероиды (преднизолон внутрь 80-120 мг/сут; при парентеральном введении дозу можно увеличить до 150-200 мг)
3. Цитостатики (азатиоприн (имуран) в дозе 150-200 мг/сут в течение 15-20 дней; метотрексат, циклоспорин).
4. Алюминия фосфат (фосфалюгель) или алгедрат с магния гидроксидом (маалокс, алмагель).
5. Препараты калия с ограничением солей натрия.
6. Витаминотерапия (витамины А, С, В1, никотиновая кислота)
7. Плазмозаменители (полиглюкин, неокомпенсан, гемодез)

Местное лечение:

1. Мази на основе висмута (5% дерматоловая мазь или ксероформная мазь).
2. Глюкокортикоидные мази с антибиотиками.
3. Дезинфицирующие средства (жидкость Кастеллани, 1-2% растворы пиоктанина, метиленовой синьки).
4. Полоскания полости рта содой раствором шалфея, ромашки.
5. На язык, слизистую рта водный 5% тетраборат натрия (бура) в глицерине, облепиховое масло, солкосериловая мазь.

Осложнения: эрозивно - язвенные поражения желудочно - кишечного тракта, стероидная гипертензия, стероидный сахарный диабет, остеопороз, присоединение вторичной инфекции и развитие бактериальной пневмонии, висцеральный кандидоз, поверхностный кандидоз кожи и слизистых оболочек, неврологические и психические нарушения.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. **Поставьте диагноз.**

МЭЭ, буллезная форма, тяжелое течение.

1. **Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?**

ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, гистологическое исследование биоптата кожи в случае затруднений. **3. Этиология и патогенез заболевания.**

В настоящее время МЭЭ рассматривается как полиэтиологическое токсико-аллергическое заболевание, в основе которого лежат инфекционные и неинфекционные факторы. К инфекционнымфакторам относят вирусную, чаше герпетическую, инфекцию; бактериальные инфекции (стрептококковую, стафилококковую, дифтерию, бруцеллез, туберкулез и др.); грибковую инфекцию (гистоплазмоз, кокцидиоидоз); протозойную инфекцию (малярию, трихомониаз). К неинфекционнымфакторам относят медикаменты (сульфаниламиды, тетрациклины, производные пиразолона, барбитураты и др.); вакцины, сыворотки, анатоксины. МЭЭ может быть проявлением паранеопластической токсикодермии. В основе патогенеза МЭЭ лежит реакция гиперчувствительности замедленного типа, в результате которой происходит повреждение сосудов дермы, а затем выход из сосудистого русла клеточных элементов.

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

Малую форму МЭЭ следует дифференцировать от других разновидностей токсикодермии, розеолезного сифилида, розового лишая, эрозивной формы красного плоского лишая, системной красной волчанки. Буллезные проявления, особенно синдром Стивенса-Джонсона, следует дифференцировать от пузырчатки и других пузырных дерматозов и синдрома Лайелла.

1. **Составьте план лечения. Выпишите рецепты. Дайте рекомендации больному после клинического выздоровления.**

Общее лечение:

1. Дезинтоксикационные и гипосенсибилизирующие препараты (гемодез, кальция глюконат, тиосульфат натрия).
2. Антигистаминные препараты (хлоропирамин в/м, мебгидролин, лоратадин, хифенадин, клемастин, диметинден, цетиризин).

Местное лечение:

1. Топические ГКС-препараты (бетаметазона валерат аппликации, гидрокортизона бутират, метилпреднизолона ацепонат).
2. Растворы анилиновых красителей.

Рекомендации больному после клинического выздоровления:

 исключить прием причинно значимых лекарственных средств,

 провести санацию очагов хронической инфекции.

Rp: Sо1. Calcii gluconatis 10%-10,0 Rp: So1. Suprastini 2%-1.0

D.t.d. № 10 in amp. D.t.d. № 10 in amp.

S. По 10 мл. в/в. S. По 1 мл. в/м 2 раз в день.

Rp.: Methyleni coerulei 0,5

Spiritus aethylici 70%-50,0

M.D.S. Для туширования сыпи.

**Эталон ответа к задаче №3**

1. **Какое исследование необходимо для окончательного диагноза герпетиформного дерматита Дюринга?**

Герпетиформный дерматит Дюринга (буллезная форма).

— цитологическое исследование (содержание эозинофилов в крови и пузырной жидкости),

— проба Ядассона (50% мазь с йодистым калием),

— гистологическое исследование (подэпидермальное

расположение щелей и пузырей),

— при необходимости лечение ex juvantibus.

— иммунологическое исследование (ПИФ позволяет выявить зернистое отложение IgA и Cj-фракции комплемента на вершинах сосочков дермы,реже - его отложение в зоне базальной мембраны).

1. **Какая патоморфологическая особенность разграничивает пузырьки при дерматите Дюринга и при истинной**

**(акантолитической) пузырчатке?**

Наиболее ранним гистологическим изменением в эпидермисе при истинной пузырчатке является акантолиз в нижней части шиповатого слоя. Вследствие развивающегося акантолиза внутри эпидермиса образуются щели, а затем и пузыри, имеющие супрабазальное расположение (+ симптом Никольского).

1. **Этиология и патогенез заболевания.**

Герпетиформный дерматоз – редкое доброкачественное кожное заболевание, характеризующееся хронически рецидивирующим течением и полиморфными зудящими высыпаниями на коже. Этиологиянеизвестна. В более чем 90% случаев кожные высыпания связаны с патологией тонкого кишечника и (особая форма целиакии). Патология тонкой кишки с нарушением процессов всасывания (синдром мальабсорбции) обусловлена повышенной чувствительностью к глютену – смеси белков клейковины, входяшей в состав злаков. Из него выделен белок глиадин*,* играющий наиболее важную роль в сенсибилизации при энтеропатии и обусловливающий повышенную чувствительность к глютену. Аллергия к глютену приводит к хронической воспалительной реакции в тонкой кишке, идентичной изменениям в ней при целиакии - атрофии ворсинок слизистой оболочки кишечника, лимфоцитарной воспалительной инфильтрации в подслизистой ткани, нарушению энзимной активности эпителия. Характерные для глютеновой болезни симптомы (упорные поносы, метеоризм, стеаторея и др.) при герпетиформном дерматозе обычно отсутствуют или выражены неотчетливо. Вот почему при сборе анамнеза необходимо обращать внимание даже на минимальные симптомы, характерные для целиакии. Нагрузка больных глютеном вызывает ухудшение симптомов как со стороны кожи, так и со стороны тонкой кишки. Напротив, при соблюдении диеты, свободной от глютенов, у большинства таких больных регрессируют изменения как со стороны кожи, так и со стороны тонкой кишки. Как при целиакии, так и при герпетиформном дерматозе в сыворотке крови больных обнаруживают антитела класса IgA (редко также IgG и lgM) к глиадину. Специфичными для герпетиформного дерматоза и целиакии считают антитела класса IgA к ретикулярной соединительной ткани (ретикулину). Полагают, что образующиеся иммунные комплексы (глиадин – иммуноглобулин А) гематогенно достигают кожи, фиксируются в области верхушек сосочков дермы и базальной мембраны и вызывают стереотипную воспалительную реакцию. Она запускается благодаря активации комплемента, что приводит к усилению хемотаксиса нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов, миграции их в субэпителиальную зону. Происходит высвобождение ферментов гранулоцитов, что, в свою очередь, приводит к отслоению эпидермиса от дермы и формированию субэпидермального пузыря.

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

При мелкопузырном варианте герпетиформного дерматоза дифференцируют от чесотки, почесухи взрослых и пруригинозных высыпаний при атопическом дерматите, от субкорнеального пустулеза. При буллезном варианте – от вульгарной пузырчатки, пемфигоида, иногда и от многоформной экссудативной эритемы, субкорнеального пустулезного дерматоза Снеддона-Вилькинсона.

1. **Составьте план лечения. Выпишите рецепты. Дайте рекомендации больному после клинического выздоровления.**

— безглютеновая диета (исключение из рациона больного пищи из пшеницы, ржи, овса, ячменя, проса и др. злаков, с низким потреблением поваренной соли и полным исключением продуктов, содержащих соли йода (морская рыба, кальмары, крабы, креветки, водоросли, различные моллюски и др.) и йодсодержащие медикаменты.

— быстрый терапевтический эффект получают при назначении внутрь препаратов сульфонового ряда: диаминодифенилсульфона (ДДС, дапсон, авлосульфон) или его производных (диуцифона или димоцифона). Наружно применяют противовоспалительные, противозудные (включая ГКС) и противомикробные средства в формах, соответствующих стадии и клинической разновидности герпетиформного дерматоза.

**Эталон ответа к задаче №4**

1. **Предположительный диагноз.** Буллезный пемфигоид Левера.
2. **Лабораторные методы, подтверждающие диагноз.**

* РАК (вторичная анемия, лейкоцитоз с умеренной эозинофилией, увеличивается СОЭ, повышается содержание в сыворотке иммуноглобулинов Е),
* мазки-отпечатки со дна свежей эрозии (большое количество эозинофилов (20-30% и более), акантолитические клетки отсутствуют),
* гистологическое исследование (субэпидермальная полостьс многочисленными эозинофилами, базальная мембрана расщеплена и прослеживается как в основании пузыря, так и в его покрышке, в дерме имеется отек сосочков и инфильтрат, состоящий в основном из эозинофильных гранулоцитов),
* ПИФв биопсированных участках пораженной кожи больных (гомогенное полосовидное отложение IgG и Cj-комплемента в зоне базальной мембраны),
* непрямой ИФв сыворотке крови и пузырной жидкости (у 80-90% больных обнаруживают антитела класса IgG к белку, входящему в состав базальной мембраны).

1. **Этиология и патогенез заболевания.**

Буллезный пемфигоид – редкий, обычно хронически протекающий, относительно доброкачественный буллезный дерматоз. Стойкие, напряженные пузыри возникают под эпидермисом из-за расслоения базальной мембраны. Буллезный пемфигоид встречается реже, чем истинная пузырчатка, поражает обычно людей преклонного возраста (около 60–70 лет), хотя может изредка возникать и у детей – ювенильный пемфигоид. Этиология неизвестна. Патогенез аутоиммунный. В его основе аутоиммунная реакция с образованием аутоантител к белку с молекулярным весом 230 кД. Этот белок является составной частью базальной мембраны многослойного плоского эпителия и синтезируется кератиноцитами базального слоя. Эти аутоантитела были названы антителами буллезного пемфигоида,обнаруживаются у 80–90% больных и относятся к классу IgG. Фиксированные полосовидно на базальной мембране аутоантитела активируют фактор комплемента, что приводит к высвобождению лейкотриена В4 из тучных клеток, обусловливает хемотаксис эозинофильных, нейтрофильных гранулоцитов и макрофагов. Высвобождаемые ими протеолитические ферменты приводят к разрушению верхних слоев базальной мембраны, разделению эпидермиса и дермы, формированию субэпителиального пузыря. У части больных буллезный пемфигоид возникает как паранеопластическое заболевание.

1. **Какое исследование при данном заболевании всегда дает положительный результат?**

Гистологическое исследование обнаруживаетсубэпидермальную полость с многочисленными эозинофилами. Базальная мембрана расщеплена и прослеживается как в основании пузыря, так и в его покрышке. В дерме имеется отек сосочков и инфильтрат, состоящий в основном из эозинофильных гранулоцитов.

1. **Дифференциальный диагноз с истинной**

**(акантолитической) пузырчаткой?**

Буллезный пемфигоид Левера отличаются от вульгарной пузырчатки прежде всего особенностями клинического течения. Пузыри в большинстве случаев напряженные, с плотной покрышкой, локализуются прежде всего на кожных покровах и относительно редко на слизистых оболочках. В противоположность вульгарной пузырчатке буллезный пемфигоид протекает более благоприятно, без кортикостероидной терапии летальный исход наступает в редких случаях. При буллезном пемфигоиде симптом Никольского отрицательный, акантолитические клетки в мазках-отпечатках со дна пузырей отсутствуют. При гистологическом иммледовании выявляют пузырь, располагающийся под эпидермисом. При ИФ фиксированные IgG обнаруживают в области базальной мембраны, а не в межклеточных пространствах эпидермиса, как при вульгарной пузырчатке.

**Эталон ответа к задаче №5**

1. **Поставьте предварительный диагноз.** Вегетирующая пузырчатка.
2. **Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо провести для установления диагноза?**

— определение симптома Никольского,

— цитологическийанализнаналичиеакантолитическихклетоквмазках*-*отпечаткахсоднаэрозий,

— гистологическое исследование,— метод прямой иммунофлюоресценции,

— ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови.

1. **Этиология и патогенез заболевания**

Этиология истинной пузырчатки остается невыясненной. Существуют инфекционная, нейрогенная, эндокринная, энзимная, токсическая и наследственная теории развития заболевания. Однако ни одна из них не имеет убедительных подтверждений. Патогенез истинной пузырчатки аутоиммунный. Аутоагрессия направлена против межклеточной субстанции, белков десмосом, клеток шиповатого слоя эпидермиса и многослойного плоского эпителия, видимых слизистых оболочек разной локализации. Отложение иммунных комплексов и комплемента на десмосомах приводит к активации межклеточных протеаз и разрушению межклеточной субстанции, разобщению кератиноцитов (акантолизу) и формированию внугриэпителиальной щели, затем супрабазальной полости. С помощью непрямой реакции иммунофлюоресценции в сыворотке крови и пузырной жидкости больных можно обнаружить антитела, относящиеся к IgG. С помощью прямой РИФ на криостатных срезах биоптата пораженной и непораженной кожи, в межклеточных пространствах выявляются отложения IgG и комплемента.

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

С буллезным пемфигоидом Левера, буллезной формой герпетиформного дерматита Дюринга, буллезной разновидностью многоформной эритемы, острой лихорадящей пузырчаткой, хронической семейной доброкачественной пузырчаткой, пузырчаткой глаз, доброкачественной неакантолитической пузырчаткой слизистых оболочек полости рта, афтозным стоматитом, токсическим эпидермальным некролизом Лайелла, индуцированным транзиторным акантолитическим дерматозом Гровера, проявлениями вторичного сифилиса.

1. **Составьте план лечения больной.**

Общее лечение:

1. Диета: ограничение поваренной соли; увеличение потребления пищи богатой белками, кальцием и витаминами.
2. Глюкокотрикостероиды (преднизолон).
3. Цитостатики (азатиоприн, метотрексат, циклоспорин). Местное лечение:
4. Мази на основе висмута (5% дерматоловая мазь или ксероформная мазь).
5. Глюкокортикоидные мази с антибиотиками.
6. При наличии вторичной инфекции – аэрозоли и мази, содержашие ГКС и антибиотики, анилиновые красители (жидкость Кастеллани, 1-2% растворы пиоктанина, метиленовой синьки).
7. Полоскания полости рта содой, раствором шалфея, ромашки.
8. На язык, слизистую рта водный 5% тетраборат натрия (бура) в глицерине, облепиховое масло, солкосериловая мазь.

**5.Диффузные болезни соединительной ткани.**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. **Ваш предположительный диагноз.** Дискоидная красная волчанка.

1. **Какие характерные для данного заболевания симптомы имеют место в данном случае?**

Симптом «бабочки», симптом Бенье-Мещерского, симптом «дамского каблучка».

1. **План обследования.**

План обследования:

1. ОАК (повышение СОЭ, лейкопения в сочетании с лимфопенией, гипохромная анемия, тромбоцитопения, LE-клетки).
2. ОАМ (при поражении почек-протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия).
3. БАК (гиперпротеинемия, дископротеинемия, волчаночный фактор, повышено содержание сиаловых кислот, фибрина, серомукоида, гаптоглобина, появляется СРП (С-реактивный протеин).
4. ИФА, РПГА, РМП.
5. ЭКГ, ФКГ, эхокардиография, рентгеновское исследование сердца и легких, суставов.
6. Компьютерная томография головного мозга.
7. Биопсия кожи (атрофия эпидермиса, гидропическая дистрофия базального слоя, отек дермы, воспалительная инфильтрация дермы лимфоцитами, фибриноидное набухание или фибриноидный некроз соединительной ткани и стенок сосудов).
8. Исследование с помощью люминисцентной лампы (снежнобелое свечение чешуек в очагах дискоидной красной волчанки).
9. В сыворотке крови антитела к факторам свертывания VIII, IX, XII, фосфолипидам.
10. Иммунологический анализ крови (криопреципитины, антитела к ДНК, антинуклеарный фактор (АНФ), снижение функциональной активности Т-лимфоцитов (в том числе Т-супрессоров), гипер- и дисиммуноглобулинемия (увеличение содержания в крови IgG, IgM).
11. Прямая РИФ в биоптатах кожи из очагов поражения (свечение в области базальной мембраны на анти – IgG и анти – IgM).

1. **План лечения больной.** Общая терапия:
2. Санация очагов инфекции.
3. Диета богатая рыбой, продуктами богатыми никотиновой кислотой (печень, почки, бобовые, дрожжи, гречневая, ячневая, овсяная крупы), противопоказаны петрушка, пастернак.
4. Консультация невропатолога, эндокринолога, терапевта, ревматолога.
5. Противомалярийные препараты (аминохинолоны)-хингамин или плаквенил.
6. Витаминотерапия: кислота никотиновая + липамид, лексол или никотинамид или компламин; альфатокоферол + кислота аскорбиновая; витамины В2, В6, В12, В13, А, Р, ПАБК, бензофлавин, декспантенол.
7. Системные полиэнзимы – вобэнзим.

Местная терапия: мази и пасты с фотозащитными веществами: 10% салола, 10-20% натрия парааминосалицилата, 5% хинина гидрохлорида, 5% метилурацила, фогем, фенкортозоль, в качестве основы используют цинковую пасту, ланолин. Очаги поражения можно смазывать бийохинолом. По показаниям в мази и пасты включают 5-10% анестезина (при зуде), 5-10% ихтиола (для рассасывания инфильтрата). В лекарственные формы можно добавить кортикостероиды (элоком, локоид, за исключением фторосодержащих стероидов). При активном процессе утром применяют фотозащитные средства, вечером мази и кремы с кортикостероидами. Можно проводить имбибицию очагов гидрокортизоновой эмульсией или 5-10% раствором хингамина. Эффективно воздействие на очаги ДКВ снегом угольной кислоты или жидким азотом.

1. **С какими дерматозами необходимо дифференцировать данное заболевание.**

С системной красной волчанкой, розацеа, полиморфным фотодерматозом, псориазом, себорейной экземой, туберкулезной волчанкой, серобейной пузырчаткой, красным плоским лишаем, медикаментозной токсикодермией, дерматомиозитом, синдром ЛиттляЛоссюэра.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. **Ваш предположительный диагноз.**

Ограниченная склеродермия (линейная форма).

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

Витилиго, атрофическая форма красного плоского лишая, линейный невус, лепра, посттравматический рубец, линейная атрофия кожи.

1. **Какие дополнительные исследования необходимо провести этому больному?**
2. ОАК (СОЭ повышенно 20 мм\ч).
3. ОАМ (повышенно содержание оксипролина).
4. БАК (гипергаммаглобулинемия 23%, гиперпротеинемия 85 г\л, антитела к ДНК, ревматоидный фактор, повышенное содержание оксипролина в плазме, функциональные пробы печени).
5. ЭКГ
6. Консультация терапевта, отоларинголога, невропатолога, эндокринолога (по показаниям).

**4. Методы лечения.**

Общая терапия (антибиотики, ферментные, сосудорасширяющие препараты, витамины, ароматические ретиноиды, кортикостероидные гормоны).

Физиотерапетические методы (электро- и фонофорез; апликации парафина, озокерита, лечебных грязей; ультразвук; массаж; гимнастика; гипербарическая оксигенация).

Наружная терапия (димексид, солкосериловая, индометациновая, бутадионовая, троксевазиновая мази).

3. Санаторно-курортное-лечение.

**5. Какие формы данного заболевания вы знаете?**

— Бляшечная склеродермия (единичные, множественные очаги)

— Линейная (полосовидные очаги на конечностях, лобновисочная «удар саблей», прогрессирующая гемиатрофия лица – синдром Парри-Ромберга).

— Пятнистая (болезнь белых пятен, болезнь Пазини-Пьерини).

— Локализованная узловатая подкожная склеродермия.

**Эталон ответа к задаче №3**

1. **Ваш предположительный диагноз и его обоснование.**

Дерматомиозит.

1. **Какие лабораторные и инструментальные данные помогут уточненить диагноз?**

 Гистологическое исследование мышечной ткани (биопсия кожи не помогает в постановке диагноза). Характерны некроз и регенерация мышечных волокон, атрофия мышечных фасций, воспалительные изменения сосудов.

 Электромиография (функциональная оценка мышц), магнитно-резонансная спектроскопия.

 Концентрация мышечных ферментов: креатинфосфокиназа, альдолаза.

 Капилляроскопия ногтевого валика.

 Тщательный скрининг на наличие злокачественных опухолей.

1. **Составьте план лечения. Выпишите рецепты.** Общий терапевтический подход:

 Лечение согласно клинической форме и течению заболевания.

 При ДМ ассоциированном с антителами Mi2 – системные кортикостероиды, при ассоциации с антителами транспортной РНКсинтетазы – кортикостероиды и иммуносупрессивная терапия, в тяжелых случаях – Ig6 в/в и циклоспорин.

 Лучший прогноз зависит от раннего старта (не позже 1 года после начала заболевания) и проведения более агрессивной терапии.

Рекомендуемые схемы лечения:

 Кортикостероиды системные, снижая до min поддерживающих доз, которые следует принимать в течение 1 года под контролем (а далее в течение нескольких лет). Возможна пульс-терапия.

 Иммуносупрессивные средства (метотрексат, азатиоприн, циклофосфамид, хлорамбуцил, циклоспорин А).

 Иммуноглобулины в/в. Плазмаферез не дает эффекта.

 В случае зуда – антигистаминные препараты.

 Солнцезащитные средства.

 Двигательные упражнения, правильное питание, физиотерапия, трудотерапия.

**4. Прогноз при данном заболевании.**

 Течение заболевания различно: скоротечное и быстро прогрессирующее; хроническое и рецидивирующее; спонтанная ремиссия.

 Ассоциация со специфическими антителами: в случаях ассоциации с Mi2 – хроническое течение, с РНК синтетазой – тяжелое течение, поражение легких.

 В хронических случаях атрофия подкожной клетчатки, атрофия мышц и кальциноз являются частыми последствиями после регрессии изменений кожи и мышц.

 Раннее вмешательство и терапия системными кортикостероидами улучшают прогноз.

 У некоторых пациентов красная волчанка и васкулит могут накладываться на дерматомиозит.

**5. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.**

Контактный дерматит, красная волчанка (системная, дискоидная), псориаз, синдром наложения склеродермы/ДМ, полиморфный фотодерматоз.

**Эталон ответа к задаче №4**

1. **Поставьте диагноз.** Дискоидная красная волчанка.

1. **Что спровоцировало заболевание у данной больной?** Провоцирующим фактором стала инсоляция.

1. **Ключевые звенья патогенеза заболевания**

По современным представлением патогенез красной волчанки является сложным, включает участие иммунных, генетических, метаболических, нейроэндокринных и экзогенных факторов. Провоцирующими активаторами могут быть инфекции, УФО, лекарственные воздействия. У больных КВ обнаруживают угнетение Тклеточного звена и повышение В-клеточного звена иммунной системы, высокий уровень IgA, M, G, циркулирующих иммунных комплексов, антител против ДНК и РНК, клетки красной волчанки (ЛЕ-клетки).

1. **Составьте план лечения.**

Общее лечение:

* Антималярийные препараты (гидроксихлорохин 5-6 мг/кг/сут)
* Антиоксиданты (альфа-токоферол по 50-100 мг/сут) - Ретиноиды (ацитретин, этретинат, изотретиноин 40-50 мг) Местное лечение:
* Топические глюкокортикостероидные препараты 2 класса
* Рациональная одежда, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60).

**5. Критерии эффективности лечения.**

Отсутствие прогрессирования заболевания, уменьшение клинических проявлений и субъективных симптомов, нормализация лабораторных показателей.

**Эталон ответа к задаче №5**

1. **Ваш предположительный диагноз.** Системная красная волчанка.
2. **Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза.**

ОАК - анемия, лейкопения, тромбоцитопения; ЛЕ-клетки (волчаночные клетки), антинуклеарные антитела (АНА), прямая и непрямая РИФ - антитела к двуспиральной ДНК, анти-Sm-антитела, гистологическое исследование. **3. План лечения больной.**

Общее лечение: антималярийные препараты (гидроксихлорохин), антиоксиданты (альфа-токоферол), ретиноиды (ацитретин, этретинат, изотретиноин).

Местное лечение: топические ГКС-препараты 2 класса, рациональная одежда, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60). **4. Ваши рекомендации больной после лечения.**

 Избегать нервно-психических и физических перегрузок; инсоляций (не только летом, но и зимой); воздействие холода, ветра, высоких температур; травматизации кожи; физиопроцедур; лучевой терапии; введение вакцин, сывороток, приема стрептомицина, сульфониламидов, антибиотиков тетрациклинового ряда.

 Диспансерное наблюдение, периодический клиниколабораторный контроль.

 Профотбор, рациональное трудоустройство (с исключением инсоляции и других видов излучений, холода, ветра, пыли).

 Косметологическая реабилитация, на фоне эффективной фотозащиты.

**5. С какими дерматозами необходимо дифференцировать данное заболевание.**

Контактный дерматит: анамнез, локализация, особенности клиники, серологические реакции (-), розацеа: эритема, пустулы, (-) серологические реакции, рожа, себорейный дерматит, микоз гладкой кожи: микробиология, лекарственная токсикодермия (гидралазин, прокаинамид, противосудорожные препараты): анамнез, обратимость высыпаний, полиморфный фотодерматоз: анамнез, отсутствие рубцовой атрофии, гистология, (-) серологические реакции, вторичный сифилис, псориаз: локализация, отсутствие фоточувствительности, (-) серологические реакции, кожная Т-клеточная лимфома, дерматомиозит: отек, поражение периорбитальной области, миозит, мышечные энзимы.

**Эталон ответа к задаче №6**

1. **Поставьте диагноз.**

Ограниченная склеродермия (бляшечная форма)

1. **Этиология и патогенез заболевания**

Причина неизвестна. Ассоциации с инфекцией Borrelia, травмами, менопаузой, беременностью скорее случайные, чем носят причинный характер. Феномен Рейно и склеродактилия ассоциируются с системным склерозом и не являются признаками ограниченной склеродермии.

1. **Клиническая классификация заболевания**

* Бляшечная склеродермия (единичные, множественные очаги)
* Линейная (полосовидные очаги на конечностях, лобно-височная - «удар саблей», прогрессирующая гемиатрофия лица – синдром ПарриРомберга).
* Пятнистая (болезнь белых пятен, болезнь Пазини-Пьерини).
* Локализованная узловатая подкожная склеродермия.

**4. Какие исследования необходимо провести?**

* Биопсия (различная степень воспаления, склероз дермы).
* Анализ крови (характерна эозинофилия).
* Исследование на антиядерные антитела (типично для генерализованных форм).
* У больных с генерализованным поражением система обследования и адекватного скрининга не разработана.

**5. Современные методы лечения данного заболевания.**

* Активное лечение показано в случае прогрессирующей, генерализованной и линейной инвалидизирующей форм заболевания.

Рекомендуемые методы лечения:

* Местное применение растворов или кремов с кортикостероидами (группы 2-3). Инъекции в очаги с осторожностью, так как возможна обширная атрофия.
* Физиотерапия: массаж и ультразвук ежедневно по 15 мин.
* При линейной форме упражнения на растяжение конечностей, лимфодренаж
* Пенициллин G 10 млн МЕ в день в течение 30 мин – 14 дней. Или эритромицин 500 мг 2 раза, доксициклин 100 мг 2-3 недели.
* В случае быстрого прогрессирования заболевания системные кортикостероиды (30-40 мг/сут), снижая в течение 6-8 недель. Это лечение не изменяет естественного течения заболевания.
* Иммуносупрессивные препараты (метотрексат, циклоспорин) в качестве короткой терапевтической попытки на 3-6 мес.
* Солнцезащитные мероприятия, так как очаги под воздействием солнечного излучения темнеют.

-Пластическая хирургия помогает в случаях с наличием рубцов и контрактур.

* Сообщения об эффективном действии системной ПУВА-терапии и ПУВА-ванна-терапии.

**Эталон ответа к задаче №7**

1. **Поставьте диагноз.**

Подострая кожная красная волчанка.

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

По современным представлением патогенез красной волчанки является сложным, включает участие иммунных, генетических, метаболических, нейроэндокринных и экзогенных факторов. Провоцирующими активаторами могут быть инфекции, УФО, лекарственные воздействия. У больных КВ обнаруживают угнетение Тклеточного звена и повышение В-клеточного звена иммунной системы, высокий уровень IgA, M, G, циркулирующих иммунных комплексов, антител против ДНК и РНК, клетки красной волчанки (ЛЕ-клетки).

1. **Особенности сбора анамнеза у больных данным дерматозом**

При сборе анамнеза необходимо уточнить профессию больного, частоту и длительность его пребывания под солнечными лучами или на морозе и ветре, расспросить о предшествующих приемах лекарственных препаратов, усиливающих действие солнечного света. Обратить внимание на наличие у больного очагов хронической инфекции и интеркуррентных заболеваний, способных вызвать заболевание.

1. **Какие исселедования необходимо провести для уточнения диагноза?**

— Общий анализ крови

— ЛЕ-клетки (волчаночные клетки)

— Антинуклеарные антитела

— Прямая и непрямая РИФ

— Гистологическое исследование

1. **Профилактика заболевания.**

Защита кожи от солнечного облучения, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60), рациональная одежда, диспансерное наблюдение у дерматолога.

**Эталон ответа к задаче №8 1. Ваш предположительный диагноз.**

Ограниченная склеродермия (бляшечная форма). **2. Этиология и патогенез заболевания.**

Проявление локализованного склероза кожи: локализованное (до 3-х бляшек), генерализованное (более 3-х бляшек). Причина неизвестна. В патогенезе заболевания основную роль отводят повышенному синтезу и отложению в коже и подкожной клетчатке коллагена и других компонентов соединительной ткани, иммунным нарушениям и микроциркуляторным расстройствам. Ассоциации с инфекцией Borrelia, травмами, менопаузой, беременностью скорее случайные, чем носят причинный характер. Феномен Рейно и склеродактилия ассоциируются с системным склерозом и не являются признаками ограниченной склеродермии. Соотношение жен/муж полов 3,6:1. 15% заболевших имеют генерализованную форму. Средний возраст заболевших – 32 года. Начало заболевания может быть медленным и незаметным или быстрым и прогрессирующим.

**3. План лечения больной.**

Общее лечение:

 Системные ГКС-препараты *(*преднизолонвнутрь).

 Противовоспалительные средства (гиалуронидазав/м, пеницилламин).

 Средства, влияющие на систему свертываемости крови (пентоксифиллин, ксантинола никотинат; депротеинизированный гемодериват из крови телят, диосмин/гесперидин (детралекс)).

Местное лечение:

 Системные ГКС-препараты (бетаметазон — внутриочаговое введение).

 Противовоспалительные средства (гиалуронидазавнутриочаговое введение).

 ГКС топические средства (мометазона фуроат, алклометазона дипропионат).

 Противовоспалительные средства (диметилсульфоксид).

 Депротеинизированный гемодериват из крови телят 5% мазь применять при атрофии кожи и наличии эрозивно-язвенных дефектов.

**4. Ваши рекомендации больной после лечения.**

 Необходимо избегать чрезмерного солнечного облучения, травм, переохлаждения и перегревания, простудных заболеваний, стрессовых ситуаций, необоснованного применения лекарственных средств.

 Необходима санация очагов фокальной инфекции.

 Необходимо динамическое наблюдение врача-

дерматовенеролога с целью контроля за течением заболевания и раннего выявления симптомов диффузных болезней соединительной ткани.

 При сопутствующих заболеваниях необходимо наблюдение и лечение у соответствующих специалистов — терапевта, эндокринолога, гинеколога, гастроэнтеролога, невропатолога, оториноларинголога.

 При тяжелых формах необходима медицинская и социальная реабилитация больных (направление на ВТЭК и трудоустройство).

**5. С какими дерматозами необходимо дифференцировать данное заболевание?**

Витилиго: депигментированные пятна, анетодермия: пятнистая атрофия, лишай склеротический и атрофический: фолликулярный гиперкератоз, разрушение эластических волокон, атрофодермия идиопатическая прогрессирующая (болезнь Пьерини-Пазини): доброкачественная атрофия без склероза (сочетание со склеродермией возможно), псевдосклеродермия: после инъекций витамина К и др. лекарств, системный склероз: отсутствует феномен Рейно, поражение внутренних органов, болезнь Бушке: острое начало, постинфекционное состояние, кольцевидная гранулема, эозинофильный фасциит.

**Эталон ответа к задаче №9 1. Поставьте диагноз.**

Дерматомиозит - редкая хроническая идиопатическая воспалительная миопатия, которая характеризуется симметричным поражением проксимальных мышц и типичными очагами на коже.

**2. Этиология заболевания.**

* Аутоиммунное заболевание соединительной ткани неизвестной этиологии.
* В процесс вовлечены клеточный и гуморальный иммунные ответы.
* В 15-20% случаев обнаруживают специфические для миозита антитела Mi 2, у некоторых пациентов – антитела к транспортной РНКсинтетазе.

1. **Консультация какого специалиста необходима больной?**

Консультация онколога. В 30% случаев дерматомиозит взрослых ассоциируется со злокачественными заболеваниями внутренних органов. В анамнезе у больной злокачественное новообразование.

1. **Что означает амиопатический дерматомиозит?**

У 10% пациентов поражение мышц не регистрируется. Отсутствует мышечная слабость и лабораторные признаки миозита. Заболевание может развиваться в течение месяцев и лет. Контроль в течение многих лет может показывать стабильность кожных изменений и отсутствие миозита.

1. **Какие варианты течения данного заболевания известны?**

Течение заболевания различно:

* скоротечное и быстро прогрессирующее
* хроническое и рецидивирующее
* спонтанная ремиссия

Ассоциация со специфическими антителами: в случаях ассоциации с Mi2 – хроническое течение, с РНК синтетазой – тяжелое течение, поражение легких.

**Эталон ответа к задаче №10**

**1. Ваш предположительный диагноз.** Диффузная склеродермия.

**2.Этиология и патогенез заболевания.**

Этиология и патофизиология неизвестны. Обсуждаются патофизиологические процессы в трех системах – кровеносных сосудах, иммунной системе и фибробластах. Мелкие сосуды (клетки эндотелия, тромбоциты, капилляры) поражаются первыми и предшествуют возникновению заболевания на несколько лет. Нарушения в иммунной системе – аномальное производство цитокинов, стимуляция поликлональных В-клеток. Сбой в регулировке деятельности фибробластов. Прогрессирующий фиброз кожи и внутренних органов. Производство избыточного количества коллагена типа 1. Значение генетического фона и факторов окружающей среды.

1. **План лечения больной.**

Лечение. При системной склеродермии на ранней стадии назначают пенициллин в/м, антигистаминные, антисеротониновые препараты (диазолин, перитол), а также – улучшающие микроциркуляцию и тканевый обмен (теоникол, резерпин, пентоксифиллин, циннаризин). После основного курса назначают продектин или пармидин в/м, витамины (А, Е), биогенные препараты (алоэ, стекловидное тело, АТФ и др.), солкосерил, актовегин. При выраженной активности процесса и значительных иммунных нарушениях рекомендуют гипербарическую оксигенацию, плазмаферез, гемосорбцию, кортикостероиды в небольших дозах. Используют также НПВС, цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид, метилдофа). Одним из препаратов базисной терапии является купренил. При синдроме Рейно показаны антагонисты кальция (нифедипин), при кальцинозе – динатриевая соль этилендиамина тетрауксусной кислоты (ЭДТА). Полезны физиотерапевтические процедуры (теплые ванны, парафин, грязи), гимнастика, массаж.

1. **Прогноз заболевания.**

5-летняя выживаемость составляет 50-70%, 10-летняя – 21%. Исход зависит от поражения почек (уремия, злокачественная гипертензия), сердца и легких (легочный фиброз, пневмония). Самый лучший прогноз у пациентов со склеродактилией, при поражении туловища – самый худший прогноз.

1. **С какими дерматозами необходимо дифференцировать данное заболевание.**

Феномен Рейно при других заболеваниях, генерализованная форма ограниченной склеродермии: бляшки, редко поражение внутренних органов; дерматомиозит, склеродермоподобные очаги: растворители, винилхлорид, лекарственные препараты; склеродерма взрослых (болезнь Бушке): острое начало, после инфекции; склеродермиформная поздняя кожная порфирия: порфирины.

**ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ.**

**1. Сифилис. Первичный сифилис.**

**Эталон ответа к задаче №1**

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.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. **В чем ошибка врача-проктолога? Как должен был поступить врач-проктолог?**

В том, что врач-проктолог не направил больную на консультацию к врачу-дерматовенерологу. Врач-проктолог должен был направить больную на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

1. **Поставьте предварительный диагноз.** Первичный сифилис других локализаций.
2. **Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?**

Направление больной на консультацию к врачу-дерматовенерологу и проведение серологического обследования больной: РИФ-Абс. или ИФА или РПГА. **4. Тактика дальнейшего ведения больной.**

Обследование предполагаемого источника заражения и половых контактов.

**5. Какими явлениями может быть обусловлена возможность незаражения, при половом контакте с больным сифилисом?**

— вероятность заражения снижается при отсутствии высыпаний на половых органах, в полости рта, однократной связи;

— на пути инфекции стоит естественный барьер – целостные покровы кожи и слизистых оболочек;

— в сыворотке крови некоторых людей есть факторы, обладающие иммобилизирующей активностью по отношению к бледным трепонемам.

**Эталон ответа к задаче №3**

1. **Поставьте предварительный диагноз.** Первичный сифилис других локализаций.
2. **Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?**
3. Микроскопическое исследование в темном поле для обнаружения бледной трепонемы.
4. Серологическое обследование: РСК или РМП, РИФ-Абс. или ИФА или РПГА.
5. **Тактика лор-врача.**

Направить больную на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

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

Лакунарная ангина, дифтерия, ангина Венсана. **5. Основные принципы лечения данного заболевания.**

— специфическое лечение назначается больному только после становления диагноза сифилиса с учетом клинических и серологических данных;

— превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, которые находились в половом или в тесном бытовом контакте с больными ранними (остро заразными) формами сифилиса;

— профилактическое лечение назначается беременным женщинам, болеющим или переболевшим сифилисом, а также детям, родившимся у таких матерей;

— пробное лечение может быть назначено при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, нервной системы, органов чувств, опорно-двигательного аппарата и т.п., когда диагноз не представляется возможным подтвердить убедительными лабораторными данными, а клиническая картина не позволяет исключить наличие сифилитической инфекции.

**Эталон ответа к задаче №4**

**1. Поставьте предварительный диагноз.** Первичный сифилис половых органов. **2. Этиология и патогенез заболевания.**

Возбудитель сифилиса – бледная трепонема. У бледной трепонемы обнаружены 4 антигенных компонента: 1)термолабильный комплекс белковой природы; 2) термостабильный антиген полисахаридной природы; 3) липидный антиген, идентичный алкогольному экстракту из бычьего сердца; 4) такой же липид, но отличающийся от предыдущего серологически и химически. Имеются формы устойчивого выживания – цисты и L-формы, нештопорообразные «зернистые» формы. Цисты и Lформы чаще наблюдаются при латентных формах и поздних формах сифилиса, малоактивны; макроорганизм и трепонемы в этих случаях сосуществуют. Стандартные серологические реакции слабоположительные или даже отрицательные. Трепонемы в L-формах устойчивого выживания весьма резистентны к внешним воздействиям, в том числе к антителам и антибиотикам. Все большее число сифилидологов признают роль форм сохранения бледной трепонемы в общей патологии сифилиса. Фагоцитоз при Luese является незавершенным. Защищаясь бледная трепонема вырабатывает вокруг себя мембраны и становится окруженной полимембранными фагосомами. Они могут вызывать рецидив и плохо поддаются лечению. В то же время, являясь антигенным раздражителем, дают положительные серологические реакции.

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

1. Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого язвы для обнаружения бледной трепонемы.
2. Серологическое обследование: РСК или РМП, РИФ-Абс. или ИФА или РПГА.

**4. Какие виды лечения данного заболевания существуют?** Специфическое, превентивное, профилактическое, пробное. **5. Тактика дальнейшего ведения больного.**

Обследование предполагаемого источника заражения и половых контактов.

**Эталон ответа к задаче №5**

1. **Поставьте предварительный диагноз.** Первичный сифилис половых органов.
2. **Обнаружена одна или несколько безболезненных с уплотнением в основании язвочек. Какие исследования необходимы?**
3. Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого язвы для обнаружения бледной трепонемы.
4. Серологическое обследование: РСК или РМП, РИФ-Абс. или ИФА или РПГА.
5. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.**

Следует дифференцировать с лимфаденитом при пиогенных заболеваниях, поражением лимфатических узлов (при туберкулезе, лимфогранулематозе, злокачественных новообразованиях).

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

Половой (основной) путь, бытовой путь, трансплацентарный путь, гемотрансфузионный путь, профессиональный путь.

1. **Перечислите возможные последствия полового контакта с больным данным заболеванием.**

— заражение партнера и обычное течение сифилитической инфекции (классическое течение с периодизацией);

— возможность длительного бессимптомного течения сифилиса и «случайная» диагностика его в стадии позднего скрытого сифилиса или в стадии нейро- и висцеросифилиса;

— возможность самоизлечения от инфекции; — возможность незаражения.

**Эталон ответа к задаче №6**

1. **Поставьте предварительный диагноз.** Первичный сифилис других локализаций.
2. **Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?**
3. Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого язвы для обнаружения бледной трепонемы.
4. Серологическое обследование: РСК или РМП, РИФ-Абс. или ИФА или РПГА.
5. **Какие атипичные формы первичого аффекта вы знаете?** Шанкр-амигдалит, индуративный отек. **4. Перечислите пути заражения данным заболеванием.**

Половой (основной) путь, бытовой путь, трансплацентарный путь, гемотрансфузионный путь, профессиональный путь.

**5. Проведите дифференциальную диагностику первичного аффекта с поражением стрептококковой этиологии.**

Шанкр-панариций начинается с образования эрозии или язвы на тыльной поверхности пальца и одновременного уплотнения подлежащих тканей фаланги. Язва отличается глубиной, края её извилисты, иногда нависающие. Дно покрыто гнойно-некротическими массами, часто видны участки омертвевшей ткани. Мягкие ткани становятся не только плотными, но как бы спаянными в одно целое (от кожи до надкостницы). Инфильтрат не имеет четких границ и распространяется на всю фалангу, что свойственно другим дактилитам. Пораженная фаланга становится отечной, булавовидно вздутой, кожа над ней приобретает темно- или багрово-красный цвет. Сходство с панарицием увеличивает самопроизвольные стреляющие или пульсирующие боли, нарастающие при малейшем движении. Вскоре увеличивается локтевые и подмышечные лимфатические узлы, пальпация которых болезненна. Течение шанкра-панариция длительное (недели, месяцы). Причиной атипичного течения первичной сифиломы на пальцах рук, по-видимому является присоединение вторичной инфекции. При наличии шанкрапанариция у больных может развиваться недомогание, лихорадка, симптомы общей интоксикации. Панариций ногтевой фаланги, характеризуется сильной болью, которая вскоре делается нестерпимой, носит пульсирующий характер, лишает больного сна. Температура повышается не резко, общее состояние страдает мало. Концевая фаланга пальца в запущенных случаях булавовидно утолщена, в свежих случаях заметно лишь небольшое выпячивание с ладонной стороны. Гиперемия кожи часто мало выражена, иногда вообще не заметна.

**Эталон ответа к задаче №7**

**1. Поставьте предварительный диагноз.** Первичный сифилис других локализаций **2. Тактика уролога.**

Направить на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

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

1. Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого язвы для обнаружения бледной трепонемы.
2. Серологическое обследование: РСК или РМП, РИФ-Абс. или ИФА или РПГА.
3. **Проведите дифференциальную диагностику.**

Хроническая трещина, изъязвившийся геморроидальный узел, полип, рак прямой кишки.

1. **Назовите особенности современного течения данного заболевания.**

|  |  |
| --- | --- |
| — | множественные шанкры; |
| — | преобладание язвенных форм шанкра; |
| — | экстрагенитальные твердые шанкры; |
| — | герпетиформный твердый шанкр; |
| — | частое осложнение фимозом, парафимозом; |
| — | регионарный склераденит не выражен или резко выражен с |

явлениями периаденита;

— учащение случаев профессионального сифилиса; — поздняя позитивация КСР.

**Эталон ответа к задаче №8**

1. **Поставьте предварительный диагноз.** Первичный сифилис других локализаций.
2. **Перечислите пути заражения данным заболеванием.**

Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный.

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

Специфическое, превентивное, профилактическое, пробное.

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. **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 индивидуальная профилактика 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.

**Эталон ответа к задаче №9**

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Первичный сифилис других локализаций

1. **Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?**
2. Провести больной пункцию подчелюстных лимфатических узлов с последующим микроскопическим исследованием пунктата в темном поле для обнаружения бледной трепонемы.
3. Серологическое обследование: РСК или РМП, РИФ-Абс. или ИФА или РПГА.
4. **Тактика лор – врача.**

Направить больную на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

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

Шанкр-панариций, шанкр-амигдалит, индуративный отек.

1. **Дифференциальная диагностика проявлений данного заболевания.**

Лакунарная ангина, дифтерия, ангина Венсана.

**Эталон ответа к задаче №10**

1. **Поставьте предварительный диагноз.** Первичный сифилис половых органов.
2. **Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления диагноза?**
3. Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого язвы для обнаружения бледной трепонемы.
4. Серологические исследования: РСК или РМП, РИФ-Абс или ИФА или РПГА.
5. **Перечислите пути заражения данным заболеванием.**

Половой (основной) путь, бытовой путь, трансплацентарный путь, гемотрансфузионный путь, профессиональный путь.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.**

Мягкий шанкр, шанкриформная пиодермия, острая язва ЧапинаЛипшютца, чесоточная эктима, кожный лейшманиоз, раковая язва, туберкулезная язва, молниеносная гангрена половых органов Фурнье, гонорейные язвы, трихомонадные язвы, травматическая язва.

1. **Перечислите основные причины роста заболеваемости в настоящее время.**

— «маятниковая» миграция населения («челноки», безработные в поисках работы, просто странствующие люди);

— увеличение числа лиц, злоупотребляющих алкоголем,

наркотиками;

— увеличение числа больных среди несовершеннолетних;

— лечение сифилиса в структурах немедицинского характера, индивидуально практикующими врачами;

— отсутствие взаимопонимания между органами

здравоохранения с органами внутренних дел и образования;

— сокращение краткости и объемов профилактических

осмотров;

— широкий доступ населения к приобретению антибиотиков; самолечение, которое дает запущенные формы;

— рост числа диагностических ошибок.

**Эталон ответа к задаче №11**

1. **Поставьте предварительный диагноз:**

Первичный сифилис половых органов.

1. **Тактика уролога.**

Провести больному экспресс-диагностику сифилиса (МРП). Направить больного на консультацию к врачу-дерматовенерологу. **3. Какое осложнение имеет место в данном случае?** Твердый шанкр, осложненный фимозом.

1. **Проведите дифференциальную диагностику.**

Инфекции, передаваемые половым путем: гонорея, трихомониаз, хламидиоз; фимоз.

1. **Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения заболевания.**

— Пенициллины: дюрантные, средней дюрантности,

водорастворимые, полусинтетические

— Тетрациклины: доксициклин, тетрациклин.

— Макролиды: эритромицин.

— Цефалоспорины: цефтриаксон.

**2. Вторичный сифилис.**

**Эталон ответа к задаче №1**

1. **Поставьте предварительный диагноз:**

Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

1. **Тактика врача-гинеколога.**

Направить больную на консультацию к врачу-дерматовенерологу. **3. Дальнейшая тактика ведения больной.**

1. Провести больной пункцию паховых лимфатических узлов с последующим микроскопическим исследованием в темном поле пунктата для обнаружения бледной трепонемы.
2. Серологическое обследование: РСК или РМП в количественном варианте.
3. Обследование предполагаемого источника заражения и половых контактов.
4. **Особенности современного течения данного заболевания.**

— ранняя алопеция и лейкодерма,

— лейкодерма на боковых поверхностях шеи и

генерализованная,

— алопеция крупноочаговая,

— новые виды вторичных сифилидов; аллопецийные папулы, узлы, разнообразные по форме и величине папулы,

— розеола атипичная, в нетипичных местах,

— чаще регистрируются пустулезные сифилиды,

— преобладание ладонно-подошвенных сифилидов,

— чаще регистрируются псориазиформный и себорейные папулезные сифилиды,

— везикулезный сифилид,

— сохраняются проявления фимоза,

— поражение нервной системы и внутренних органов нередко злокачественное,

— вторичные сифилиды сопровождаются субъективными

ощущениями (зуд, жжение, болезненность),

— чаще регистрируется сифилитическая ангина,

— нередко оказываются отрицательными КСР.

**5. Дифференциальная диагностика клинических проявлений заболевания.**

Индуративный отек в области половых органов необходимо дифференцировать с бартолинитом, абсцессом.

Сифилитическую розеолу необходимо дифференцировать с отрубевидным лишаем, токсикодермией, инфекционной эритемой (брюшной, сыпной тиф, корь, краснуха), розовым лишаем Жибера, «мраморной кожей», пятнами от укусов лобковых вшей.

**Эталон ответа к задаче №2**

1. **Предположительный диагноз.**

Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

1. **Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?**
2. Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого эрозированных папул для обнаружения бледной трепонемы.
3. Серологическое обследование: РСК или РМП в количественном варианте.
4. **Тактика в отношении половой партнёрши.**

Серологическое обследование половой партнерши: РМП (в количественном варианте) или РСК с кардиолипиновым (в количественном варианте) и трепонемным антигеном; РИФ-Абс. или ИФА или РПГА.

1. **Возможный диагноз половой партнерши.** Скрытый ранний сифилис. **5. Профилактика заболевания.**

Профилактика сифилитической инфекции включает первичную и вторичную составляющие:

— 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, 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 половой связи может быть осуществлена самостоятельно лицом, подвергшимся опасности заражения сифилисом. Проводится с помощью индивидуальных профилактических средств (в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией), к которым относятся хлоргексидин биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин и другие.

**Эталон ответа к задаче №3**

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.
2. **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 индивидуальная профилактика 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.

**Эталон ответа к задаче №4**

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

Ладонно-подошвенный, себорейный, псориазиформный, эрозивный (мокнущий), широкие кондиломы. **5. 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.

**Эталон ответа к задаче №5**

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

У обоих больных вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

1. **Кто из них является источником заражения?** Источником заражения является больной «А» **3. 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.

**4. 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. **5. Пути передачи заболевания.**

Половой (основной) путь, бытовой путь, трансплацентарный путь, гемотрансфузионный путь, профессиональный путь.

**Эталон ответа к задаче №6**

1. **Ваш предположительный диагноз.**

Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

1. **Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?**
2. Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого мацерированных и эрозированных папул для обнаружения бледной трепонемы.
3. Серологическое обследование: РСК или РМП в количественном варианте.
4. **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.

**Эталон ответа к задаче №7 1. Поставьте предварительный диагноз.**

Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. **2. Тактика отоларинголога в отношении больной.**

Отоларинголог должен был направить больную к дерматовенерологу.

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

Сифилитическая ангина (эритематозная, папулезная, эрозивно – язвенная), сифилитическая заеда, папулезный сифилид. **4. Перечислите атипичные формы первичного аффекта.** Шанкр – амигдалит, шанкр – панариций, индуративный отек. **5. 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.

**Эталон ответа к задаче №8**

1. **Тактика врача-терапевта.**

Направить больного на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

1. **Возможный диагноз.**

Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. **3. Тактика врача-венеролога.**

— микроскопическое исследование в темном поле отделяемого с поверхности папул на языке и десне для обнаружения бледной трепонемы.

— серологическое обследование РСК или РМП в количественном варианте.

— обследование предполагаемых источников заражения и половых партнеров.

1. **Назовите критерии излеченности при данном заболевании.**

— полноценность проведенного лечения и его соответствие действующим методическим рекомендациям

— данные клинического (состояние кожных покровов и видимых слизистых, внутренних органов, нервной системы и органов чувств) и рентгенологического обследования

— результаты заключительного серологического, а при необходимости и ликворологического обследования.

1. **Поражение слизистой рта, носа, голосовых связок в различные периоды данного заболевания.**

Первичный период сифилиса: типичный твердый шанкр (эрозия, язва, трещина), шанкр-амигдалит.

Вторичный период сифилиса: папулы слизистой рта, сифилитический ринит, сифилитический ларингит, эритематозная сифилитическая ангина, эрозивно-язвенная сифилитическая ангина, сифилитическая заеда, папулезная сифилитическая.

Третичный период сифилиса: гуммозный сифилид слизистой

(диффузная гуммозная инфильтрация языка, солитарная гумма), бугорковый сифилид слизистой.

**Эталон ответа к задаче №9**

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

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

— микроскопическое исследование в темном поле отделяемого гипертрофических папул в области ануса для обнаружения бледной трепонемы;

— серологическое обследование: РСК или РМП в количественном варианте.

1. **Что такое «ожерелье Венеры»?**

Сифилитическая лейкодерма («ожерелье Венеры») – результат глубоких нервно-трофических нарушений в организме. Располагается чаще всего на коже передних и боковых поверхностей шеи, может быть генерализованной. Представлена депигментированными пятнами на фоне гиперпигментированной кожи. Пятна не шелушатся, не дают субъетивных ощущений. Клинические разновидности: пятнистая, сетчатая (кружевная), мраморная.

1. **Проведите дифференциальную диагностику клинических проявлений заболевания.**

Сифилитическую розеолу необходимо дифференцировать с:отрубевидным лишаем, токсикодермией, инфекционной эритемой (брюшной, сыпной тиф, корь, краснуха), розовым лишаем Жибера, «мраморной кожей», пятнами от укусов лобковых вшей.

Папулезный сифилид ладоней и подошв необходимо дифференцировать с:ладонно-подошвенным псориазом, хронической экземой ладоней и подошв, роговой экземой, ладонно-подошвенной кератодермией, омозолелостями, бородавчатыми разрастаниями, анулярной гранулемой, саркоидом кожи.

Сифилитическое облысение необходимо дифференцировать:

себорейная аллопеция, дискоидная красная волчанка, трихомикозы, псевдопелада, гнездное облысение, пиодермия. Сифилитическую лейкодерму необходимо дифференцировать с:

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

**5. Составьте план лечебно-профилактических мероприятий.**

1. Дополнительные лабораторные, инструментальные исследования и консультации специалистов (по показаниям).
2. Обследование предполагаемого источника заражения и половых контактов.
3. Назначение больному специфического лечения после установления диагноза сифилиса с учетом клинических и серологических данных.
4. Первичная профилактика включает работу с группами здоровых людей, предоставление им информации о заболевании с целью изменить их поведение 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. Профилактика врожденного сифилиса проводится антенатально (первичная – информация о возможности внутриутробной передачи сифилиса и необходимости раннего начала дородового наблюдения, вторичная – троекратное серологическое обследование беременных, адекватное специфическое и профилактическое лечение) и постнатально

(профилактическое лечение детей).

**Эталон ответа к задаче №10**

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

1. **Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?**
2. Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого гипертрофических папул в области ануса для обнаружения бледной трепонемы.
3. Серологическое обследование: РСК или РМП в количественном варианте. **3. Эпидемиология заболевания.**

В 90-х годах XX века Россия пережила эпидемию сифилиса, которая не закончилась и сейчас. Доэпидемический уровень заболеваемости (1988–1989) составил 4,3 случая на 100 000 населения,

пик заболеваемости отмечен в 1997 г. (277,3 случая). Начиная с 1998 г. заболеваемость плавно снижается на 15–20% в год: в 2004 г. она составила 79,2 случая. Заболеваемость врожденным сифилисом повторила кривую общей заболеваемости с отставанием на 1 год. На пике, в 1998 г., абсолютное число случаев врожденного сифилиса равнялось 837, к 2004 г. оно снизилось до 404 случаев. Пути передачи: половой (наиболее частый и типичный путь инфицирования; заражение происходит через поврежденную кожу либо слизистые оболочки), трансплацентарный (внутриутробное заражение, ведущее к развитию врожденного сифилиса), трансфузионный, бытовой, профессиональный.

Сифилис встречается во всех частях земного шара. Чаще всего им страдают молодые люди в возрасте наибольшей сексуальной активности

(20–40 лет), хотя в последние годы в России отмечается тенденция к «омоложению» инфекции с увеличением заболеваемости среди подростков 14–16 лет и моложе. Факторами, способствующими росту инфекции, являются войны, снижение уровня жизни людей, алкоголизм, наркомания, широкое распространение коммерческого секса и нестандартной половой ориентации, ослабление семейных связей, неразвитость системы первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), лечение у некомпетентных врачей и самолечение. **4. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?**

Папулезный сифилид необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями: псориаз, красный плоский лишай, парапсориаз, остроконечные кондиломы, геморроидальные узлы, вегетирующая пузырчатка, ладонно-подошвенная кератодермия, микоз стоп, ангина Венсана, дифтерия, красная волчанка слизистых, себорея, ложносифилитические папулы Люпшютца.

Гипертрофические папулы вокруг ануса необходимо дифферинцировать с: остроконечными кондиломами, геморроидальными узлами, вегетирующей пузырчаткой, фолликулитами, мягким шанкром, контагиозным моллюском.

Сифилитическое облысение необходимо дифференцировать:

себорейная аллопеция, дискоидная красная волчанка, трихомикозы, псевдопелада, гнездное облысение, пиодермия.

Сифилитическую лейкодерму необходимо дифференцировать с:

витилиго, вторичная лейкодерма от дерматозов, результат эндокринных нарушений, производственные или бытовые химические продукты. **5. Основные принципы лечения заболевания.**

— специфическое лечение назначается больному только после становления диагноза сифилиса с учетом клинических и серологических данных;

— превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, которые находились в половом или в тесном бытовом контакте с больными ранними (остро заразными) формами сифилиса;

— профилактическое лечение назначается беременным женщинам, болеющим или переболевшим сифилисом, а также детям, родившимся у таких матерей;

— пробное лечение может быть назначено при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, нервной системы, органов чувств, опорно-двигательного аппарата и т.п., когда диагноз не представляется возможным подтвердить убедительными лабораторными данными, а клиническая картина не позволяет исключить наличие сифилитической инфекции.

**Эталон ответа к задаче №11**

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.

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

— микроскопическое исследование в темном поле отделяемого гипертрофических папул в области ануса для обнаружения бледной трепонемы;

— серологическое обследование: РСК или РМП в количественном варианте.

1. **На основании каких данных устанавливается диагноз заболевания и его стадии?**

Диагноз сифилиса и его стадия устанавливается на основании:

1. Клинической картины и данных анамнеза
2. Обнаружение возбудителя (бледной трепонемы) в отделяемом из элементов, соответствующих первичному и вторичному периодам сифилиса (твердый шанкр, сифилиды вторичного периода). 3. 3. При необходимости следует прибегать к исследованию пунктата из лимфатического узла (регионарный склераденит).

4. Положительных серологических реакций, в качестве которых рекомендуются:

* комплекс серологических реакций (КСР) – реакция Вассермана с различными (специфическим и неспецифическим) антигенами
* реакция иммунофлюоресценции (РИФ)
* реакция иммобилизации трепонем (РИТ)
* иммуноферментный анализ (ИФА)
* реакция пассивной гемагглютинации (РПГА)
* широко используемый в практике экспресс-метод (реакция микропреципитации на стекле с кардиолипиновым антигеном) является отборочным, но не диагностическим тестом.

**4. Проведите дифференциальную диагностику клинических проявлений заболевания.**

Папулезный сифилид необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями: псориаз, красный плоский лишай, парапсориаз, остроконечные кондиломы, геморроидальные узлы, вегетирующая пузырчатка, ладонно-подошвенная кератодермия, микоз стоп, ангина Венсана, дифтерия, красная волчанка слизистых, себорея, ложносифилитические папулы Люпшютца.

Папулезный сифилид ладоней и подошв необходимо дифференцировать с: ладонно-подошвенным псориазом, хронической экземой ладоней и подошв, роговой экземой, ладонно-подошвенной кератодермией, омозолелостями, бородавчатыми разрастаниями, анулярной гранулемой, саркоидом кожи.

Гипертрофические эрозированными папулы вокруг ануса необходимо дифферинцировать с: остроконечными кондиломами, геморроидальными узлами, вегетирующей пузырчаткой, фолликулитами, мягким шанкром, контагиозным моллюском.

Сифилитическое облысение необходимо дифференцировать:

себорейная аллопеция, дискоидная красная волчанка, трихомикозы, псевдопелада, гнездное облысение, пиодермия.

**5. Что такое «симптом Пинкуса»?**

— мелкоочаговое облысение во вторичном периоде сифилиса, когда пораженные ресницы вследствие частичного выпадения и последовательного отрастания имеют разную длину (ступенчатые ресницы).

**3. Третичный сифилис. Врожденный сифилис. Скрытый сифилис.**

**Эталон ответа к задаче №1**

**1. Возможно ли заражение детей от больной сифилисом бытовым путем?** Возможно. **2. Ваша тактика в отношении данных бытовых контактов.**

Ребенку в возрасте 1,5 года показано клинико-серологическое обследование (РСК или РМП, РИФ-Абс. или ИФА или РПГА). При отрицательных результатах обследования показано проведение превентивного лечения. После окончания лечения ребенок подлежит однократному клинико-серологическому обследованию через 3 месяца после лечения. При положительных результатах обследования ребенку показано проведение специфического лечения. Ребенку в возрасте 12 лет необходимо провести клинико-серологическое обследование (РСК или РМП, РИФ-Абс. или ИФА или РПГА). При отрицательных результатах обследования лечение не назначается, а через 4 месяца проводится повторное обследование, после чего наблюдение прекращают. При положительных результатах обследования ребенку показано проведение специфического лечения.

1. **Кому проводится превентивное лечение сифилиса?**

— проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними (остро заразными) формами сифилиса, у которых с момента контакта с больным сифилисом прошло не более 2 мес.

1. **Проявления вторичного периода сифилиса.**

Пятнистый сифилид, папулезный сифилид, пустулезный сифилид, везикулезный сифилид, сифилитическая алопеция, сифилитическая лейкодерма.

1. **Проведите дифференциальную диагностику розеолезного сифилида и токсикодермии.**

Пятнистые высыпания при токсикодермии характеризуются следующими особенностями:

— острое начало и быстрое развитие;

— жжение и зуд кожи в очагах поражения;

— ярко-розовая и красная окраска, иногда с синюшным

оттенком;

— тенденция к периферическому росту и может приобретать гемо пятен, особенно в кладках: в подмышечных впадинах, локтевых сгибах, подколенных ямках, нередко в складках токсическая розеола может приобретать геморрагический характер;

— склонность к шелушению, которое становится особенно обильным в период разрешения токсикодермии;

— анамнестические указания на возникновение высыпаний после приема ЛС, недоброкачественной пищи и т.п.

**Эталон ответа к задаче №2**

**1. Поставьте диагноз.** Ранний сифилис скрытый. **2. Ваша тактика в отношении данных бытовых контактов.**

Однократное клинико-серологическое обследование (РСК или РМП, РИФ-Абс. или ИФА или РПГА). **3. С чем дифференцируют данное заболевание?**

Дифференцируют со скрытым поздним сифилисом, биологически ложноположительными серологическими реакциями, обусловленными наличием других заболеваний – новообразований, коллагенозов, диабета, тиреотоксикоза и т.п.

**4. Какие виды поражения нервной системы при ранних формах данного заболевания вы знаете?**

— поражения мезенхимы (мозговых оболочек и сосудов);

— скрытый (латентный менингит);

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| — | острый генерализованный менингит; |  |
| — | подострый базальный менингит; |  |
| — | сифилитическая гидроцефалия; |  |
| — | ранний менинговаскулярный сифилис. |  |
| **5.** | **Критерии диагностики данного заболевания.** |  |
| — | возраст больного до 40 лет; |  |
| — | подозрительные клинические проявления, по | данным |

анамнеза, в последние 2 года (эрозивно-язвенные элементы в области половых органов, высыпания на коже, особенно самопроизвольно разрешившиеся, выпадение волос и т.п.;

— имеются остаточные, похожие на сифилис клинические проявления (разрешающийся склераденит, рубцы с уплотнением в основании, особенно в области половых органов и др.);

— установлен источник заражения и известны сроки, когда могло произойти инфицирование;

— сам больной послужил источником инфекции для другого

человека;

— прием антибиотиков и противотрихомонадных препаратов в течение последнего года;

— лечение гонореи или другой урогенитальной инфекции, передающейся половым путем, без установленного источника заражения

— высокий титр реагинов КСР (1:80 – 1:160);

— известны вероятные сроки позитивации КСР (больной

обследовался серологически ранее и имел отрицательные результаты)

— после начала лечения пенициллином развивается температурная реакция обострения Герксгеймера-Яриша-Лукашевича

(наблюдается в среднем у 80% больных);

— относительно быстрое снижение титра или негативации КСР;

— РИФ дает резкоположительные результаты, а РИТ может быть еще отрицательной или показывает слабоположительные результаты (до 40 – 50 %).

**Эталон ответа к задаче №3 1. Ваша дальнейшая тактика.**

1. Серологическое обследование больного: РСК с кардиолипиновым антигеном (в количественном варианте) и РМП (в количественном варианте), РИФ-Абс. или ИФА или РПГА при возможности РИБТ.
2. Обследование терапевта (с рентгенографией органов грудной клетки), невропатолога, окулиста, отоларинголога. Целесообразно провести спинномозговую пункцию.
3. Серологические реакции с ликвором: РСК с кардиолипиновым и трепонемным антигенами, РИФ с цельным ликвором.
4. **Возможный диагноз.**

Поздний сифилис скрытый.

1. **Критерии диагностики.**

— возраст больного обычно старше 40 лет;

— половые партнеры, по данным клинико-серологического обследования, оказываются здоровыми или у них констатируется поздний латентный сифилис;

— низкий титр реагинов КСР (1:5 – 1:10);

— РИФ и РИТ дают резкоположительные результаты;

— в процессе лечения наблюдается медленная негативация КСР или у больных констатируется серорезистентность;

— температурная реакция обострения Герксгеймера-ЯришаЛукашевича после начала лечения пенициллином отсутствует.

1. **Пути передачи заболевания.**

Половой (основной) путь, бытовой путь, трансплацентарный путь, гемотрансфузионный путь, профессиональный путь.

1. **Виды лечения заболевания.**

Профилактическое, превентивное, специфическое, пробное.

**Эталон ответа к задаче №4**

1. **Как рассматривать положительные серологические реакции?**

Как ложноположительные серологические реакции на сифилис.

1. **Дальнейшая тактика ведения больной.**

Серологическое обследование больной на сифилис: РИФ-Абс. или ИФА или РПГА.

1. **Можно ли прерывать беременность?**  Можно.

|  |  |
| --- | --- |
| **4.** | **Исходы беременности у больной сифилисом.** |
| — | мертворождение (на 6-7 месяце беременности); |
| — | выкидыш; |
| — | рождение здорового ребенка; |
| — | рождение живого ребенка с проявлениями заболевания, |

возникающими сразу после родов или несколько позднее;

— рождение ребенка без клинических симптомов, но с положительными серологическими реакциями, у которых в последующем возникают поздние проявления врожденного сифилиса.

**5. Как осуществляется профилактическое лечение беременных, больных сифилисом?**

Профилактическое лечение осуществляется женщинам, получившим специфическое лечение до беременности, у которых к началу беременности не произошла негативация КСР (РМП), а также всем женщинам, начавшим лечение во время беременности, независимо от ее срока. Профилактическое лечение обычно проводится, начиная с 20-й недели беременности. Но при поздно начатом специфическом лечении – непосредственно вслед за ним.

**Эталон ответа к задаче №5**

**1. Предположительный диагноз.**

Ранний врожденный сифилис с симптомами. **2. Тактика врача – педиатра.**

1. Направить маму и ребенка на консультацию к врачу дерматовенерологу.
2. Клинико-серологическое обследование матери: РМП или РСК, РПГА или ИФА или РИФ-Абс.
3. **Дальнейшая тактика врача – венеролога для подтверждения диагноза.**

Серологическое обследование ребенка: РСК, РИБТ, РИТ или РПГА или ИФА или РИФ или FTA-200 или РИФ-Абс. или 19S (IgM) FTA-ABC или IgM-(Captia syphilis-M) или IgM ELISA или IgG (IgM)-тест-ловушка или метод иммуноблотинга для определения IgG или IgM или ПЦР.

1. **Как осуществляется профилактическое лечение детей, рожденных от матерей, больных сифилисом?**

При рождении ребенка без клинических проявлений сифилиса от нелеченной матери, больной сифилисом, при поздно начатом специфическом лечении матери (с 32 недели беременности), при отсутствии профилактического лечения матери, если оно было показано, профилактическое лечение ребенку.

Профилактическое лечение ребенка, рожденного от нелеченной матери, больной сифилисом, проводится по любой из методик. Предназначенных для лечения врожденного сифилиса. **5. Прогноз данного заболевания.**

Прогноз зависит от времени, прошедшего с момента инфицирования до начала лечения: с увеличением этого срока возрастает возможность сохранения положительных результатов серологических тестов на длительное время, иногда пожизненно, что влияет на качество жизни пациента, риск развития рецидивов (клинических и серологических) и поздних форм заболевания. При лечении заболевания давностью до 6 мес отмечаются быстрый регресс высыпаний, негативация серологических тестов, в том числе и трепонемных, от 6 мес до 2 лет – замедленная негативация серологических тестов, свыше 2 лет чаще сохраняется позитивность, в том числе резкая, на всю жизнь. Прогрессивный паралич и спинная сухотка наиболее устойчивы к терапии. Как правило, наилучший эффект заключается в отсутствии прогрессирования заболевания. При лечении других форм нейросифилиса возможны значительное улучшение состояния и выздоровление. Лечение раннего врожденного сифилиса имеет благоприятный исход – выздоровление или значительное улучшение. Исход терапии позднего врожденного сифилиса индивидуальный (от значительного улучшения до отсутствия прогрессирования заболевания).

Своевременное и адекватное лечение беременных предупреждает развитие врожденного сифилиса.

**Эталон ответа к задаче №6**

1. **Возможен ли врожденный сифилис у ребенка?**  Возможен.
2. **Какие исследования необходимо провести в родильном доме ребенку?**

— Патоморфологические изменения плаценты.

— Клинико-серологическое обследование ребенка: РСК, IgM ELISA или IgG (IgM)-тест-ловушка.

1. **Как проводится специфическое и профилактическое лечение беременных?**

Специфическое лечениебеременных вне зависимости от сроков гестации проводят БНСК или препаратом средней дюрантности (БНС или ПБП) так же, как лечение небеременных, в соответствии с установленным диагнозом.

Профилактическое лечение беременныхпроводится начиная с 20-й недели беременности, но при поздно начатом специфическом лечении – непосредственно вслед за ним.

Препараты, разовые дозы и кратность введения соответствуют таковым при специфическом лечении. Длительность терапии 10 дней. **4. Показания к госпитализации.**

Пациенты с подозрением и установленным диагнозом врожденного сифилиса, нейросифилиса, сифилитическим поражением внутренних органов и опорно-двигательного аппарата, осложненным течением ранних форм сифилиса, а также беременные и дети, больные приобретенным сифилисом, подлежат госпитализации.

**5. Перечислите клинические проявления раннего врожденного сифилиса у детей грудного возраста.**

Сифилитическая пузырчатка, малый вес, остеохондрит Вегнера, гидроцефалия, слабое развитие гиподермы («старческий вид»), диффузная папулезная инфильтрация Гохзингера, анемия, высыпания сифилидов свойственных вторичному периоду (розеолы, папулы), хориоретинит, сифилитический ринит, певдопаралич Парро, увеличение печени и селезенки, специфический менингит.

**Эталон ответа к задаче №7**

1. **Предположительный диагноз.** Поздний врожденный сифилис.

1. **Тактика врача-стоматолога.**

Направить подростка на консультацию к врачу дерматовенерологу. **3. Дальнейшая тактика врача – венеролога.**

1. Клинико-серологическое обследование подростка (стойкая позитивность КСР, РИФ или РИТ или ИФА или РПГА).
2. Клинико-серологическое обследование матери (анамнез матери, наличие у матери диагноза позднего сифилис, положительные РСК с кардиолипиновым антигеном (в количественном варианте) и РМП(в количественном варианте, титры не высокие)), РИФ-Абс. или ИФА или РПГА, при возможности РИБТ; серологические реакции с ликвором: РСК с кардиолипиновым и трепонемным антигенами, РИФ с цельным ликвором. **4. Пути передачи заболевания.**

Половой (основной) путь, бытовой путь, трансплацентарный путь, гемотрансфузионный путь, профессиональный путь.

**5. Какие существуют показания для назначения дополнительного лечения?**

— через год после полноценного лечения не произошло 4кратного снижения титра РМП (RPR);

— замедленная негативация серологических реакций в течение 2

лет;

— без тенденции к дальнейшему снижению титров/степени

позитивности теста;

— клинический/серологический рецидив.

Проводится, как правило, однократно/двукратно.

**Эталон ответа к задаче №8**

1. **Предварительный диагноз.** Третичный сифилис.
2. **Какое дополнительное обследование следует провести больному для уточнения диагноза?**

— Клинико-серологическое обследование больной (стойкая позитивность КСР, РИФ или РИТ или ИФА или РПГА).

— Положительные, слабо положительные, либо отрицательные нетрепонемные тесты (РСК, РМП). Положительные или резко положительные трепонемные тесты (РИФ, РПГА, РИБТ).

1. **Этиология и патогенез заболевания.**

При наличии клинических проявлений диагностируют третичный активный сифилис, при отсутствии таковых – третичный латентный сифилис. Рецидивы третичных поражений наблюдаются нечасто и бывают отделены друг от друга длительными (иногда многолетними) скрытыми периодами; сроки существования третичных сифилидов исчисляются не неделями, а месяцами и годами, так что приступы терциаризма весьма продолжительны; в третичных сифилидах обнаруживается крайне незначительное число бледных трепонем, в связи с чем исследования на наличие возбудителя не проводятся и характерна малая заразительность этих проявлений; склонность к развитию специфических поражений в местах неспецифических раздражений (в первую очередь в местах механических травм); классические серологические реакции у 1/3 больных третичным сифилисом отрицательные, что не исключает его диагноза; напряженность специфического иммунитета в третичном периоде постепенно снижается (это обусловлено уменьшением числа бледных трепонем в организме больного), в связи с чем становится возможной истинная ресуперинфекция с развитием твердого шанкра на месте нового внедрения бледных трепонем. Переход сифилитической инфекции в третичный период объясняется дальнейшими изменениями иммунобиологической реактивности организма в сторону повышения состояния инфекционной аллергии, так что проявления третичного сифилиса носят инфекционно-аллергический характер. Наиболее часто в гуммозный процесс вовлекаются кожа, слизистые оболочки и костный скелет.

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

Дифференцировать следует со скрофулодермой, индуративным туберкулезом кожи, эктимой обыкновенной, хронической язвенной пиодермией, базалиомой, лепромами, лейшманиозом кожи, варикозной язвой, атеромой, фибролипомой.

1. **Какие клинические формы данного морфологического элемента вы знаете?**

Различают клинические формы: изолированные гуммы, гуммозные инфильтраты, фиброзные гуммы (околосуставные узловатости).

**Эталон ответа к задаче №9 1. Какие дополнительные исследования?**

Серологическое обследование: РИФ-Абс. или ИФА или РПГА. **2. Как можно объяснить RW+?**

Как острую биологическую ложноположительную реагиновую серологическую реакцию на сифилис.

1. **Что такое ложноположительные реакции? В каких случаях они наблюдаются?**

Ложноположительные серологические реакции на сифилис могут быть обусловлены техническими погрешностями и особенностями организма. Условно их разделяют на острые (< 6 мес) и хронические (> 6 мес). Острые биологические ложноположительные реакции могут наблюдаться при беременности, после вакцинации, после недавно перенесенного инфаркта миокарда и при многих инфекционных заболеваниях, хронические – при аутоиммунных, онкологических заболеваниях, хронических заболеваниях печени, инъекционном применении наркотиков и в старческом возрасте. Биологические ложноположительные реакции в ТТ и ТТТ могут наблюдаться при эндемических трепонематозах (фрамбезия, пинта, беджель), боррелиозе, лептоспирозе. Пациент с положительными серологическими реакциями на сифилис из страны с эндемическими трепонематозами должен быть обследован на сифилис и должен получить противосифилитическое лечение в качестве профилактической меры, если ранее у него не проводилась адекватная противосифилитическая терапия. Для дифференциальной диагностики с ложноположительными серологическими реакциями на сифилис одновременно проводятся все подтверждающие серологические тесты. Ложноотрицательные серологические реакции на сифилис могут наблюдаться при вторичном сифилисе вследствие феномена прозоны при использовании неразведенной сыворотки.

1. **Как осуществляется профилактическое лечение беременных?**

Профилактическое лечение показано женщинам, получившим специфическое лечение до беременности, у которых к началу беременности не произошла негативация КСР (РМП), а также всем женщинам, начавшим лечение во время беременности, независимо от ее срока. Профилактическое лечение обычно проводится, начиная с 20-й недели беременности, но при поздно начатом специфическом лечении – непосредственно вслед за ним. **5. Как осуществляется профилактическое лечение детей?**

При рождении ребенка без проявлений сифилиса от нелеченной матери, больной сифилисом, при поздно начатом специфическом лечении матери (с 32 недели беременности), при отсутствии профилактического лечения матери, если оно было показано, проводится профилактическое лечение ребенку.

Профилактическое лечение ребенка, рожденного от нелеченной матери, больной сифилисом, - проводится по любой из методик, предназначенных для лечения врожденного сифилиса.

**Эталон ответа к задаче №10**

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

Достоверные признаки (триада Гетчинсона): долотообразные зубы, паренхиматозный кератит, специфический лабиринтит.

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

Вероятные признаки: саблевидные голени, симптом Робинсона-

Фурнье, седловидный нос, ягодицеобразный череп, кисетообразные зубы. **3. Перечислите стигмы-дистрофии.**

Симптом Авситидийского, высокое «готическое» небо, аксифоидия, бугорки Карабелли, диастема Гаше, инфантильный мизинец, гипертрихоз лба, косоглазие, асимметрия ушных раковин, увеличение теменных и лобных бугров черепа.

1. **Классификация врожденного сифилиса.**

— сифилис плаценты и плода

— ранний врожденный сифилис наблюдается у детей в возрасте до 2-х лет. а) с активными проявлениями, б) скрытый.

а) ранний врожденный сифилис грудного возраста (до 1 года), б) ранний врожденный сифилис детского возраста (от 1 года до 2-х лет).

— поздний врожденный сифилис – наблюдается у детей старше 2-х лет,

а) с активными проявлениями, б) скрытый.

1. **Прогноз данного заболевания.**

Прогноз зависит от времени, прошедшего с момента инфицирования до начала лечения: с увеличением этого срока возрастает возможность сохранения положительных результатов серологических тестов на длительное время, иногда пожизненно, что влияет на качество жизни пациента, риск развития рецидивов (клинических и серологических) и поздних форм заболевания. При лечении заболевания давностью до 6 мес отмечаются быстрый регресс высыпаний, негативация серологических тестов, в том числе и трепонемных, от 6 мес до 2 лет – замедленная негативация серологических тестов, свыше 2 лет чаще сохраняется позитивность, в том числе резкая, на всю жизнь. Прогрессивный паралич и спинная сухотка наиболее устойчивы к терапии. Как правило, наилучший эффект заключается в отсутствии прогрессирования заболевания. При лечении других форм нейросифилиса возможны значительное улучшение состояния и выздоровление. Лечение раннего врожденного сифилиса имеет благоприятный исход – выздоровление или значительное улучшение. Исход терапии позднего врожденного сифилиса индивидуальный (от значительного улучшения до отсутствия прогрессирования заболевания).

Своевременное и адекватное лечение беременных предупреждает развитие врожденного сифилиса.

**Эталон ответа к задаче №11 1. Возможный клинический диагноз?**

Третичный сифилис (гуммозный сифилид слизистой).

**2. Могут ли стандартные серологические реакции при данной форме сифилиса быть отрицательными?**

Могут быть отрицательными нетрепонемные тесты (РСК, РМП). **3. Какие лабораторные исследования могут уточнить диагноз?**

Положительные РСК с кардиолипиновым антигеном (в количественном варианте) и РМП (в количественном варианте, титры невысокие), РИФ-абс., либо ИФА или РПГА, при возможности РИБТ.

Положительные серологические реакции с ликвором: РСК с кардиолипиновым и трепонемным антигенами, РИФ с цельным ликвором.

1. **Особенности клинических проявлений данной стадии заболевания.**

Развивается через 3-4 года с момента заражения, может развиться спустя многие годы при бессимптомном течении инфекции. Возникает, как правило, у нелеченных или плохо леченных больных ранними формами сифилиса. Развитию способствуют детский и старческий возрасты, сопутствующие тяжелые соматические заболевания как острые, так и хронические, интоксикации, профессиональные вредности, алкоголизм.

Характеризуется возникновением деструктивных поражений кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, нервной системы. Сифилиды третичного периода представлены бугорками и гуммами, мало заразительны, необильны, располагаются на ограниченных участках, мономорфны, регрессируют медленно, не сопровождаются субъективными ощущениями. Вследствие распада образуются рубцы.

С патологоанатомической точки зрения третичные сифилиды представляют собой хроническую инфекционную гранулему. Стандартные серологические реакции положительные только у половины больных.

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

Дифференцировать следует со скрофулодермой, индуративным туберкулезом кожи, эктимой обыкновенной, хронической язвенной пиодермией, базалиомой, лепромами, лейшманиозом кожи, варикозной язвой, атеромой, фибролипомой.

**4. Мочеполовые инфекции. Гонорея. Урогенитальный уреаплазмоз. Мочеполовой хламидиоз. Трихомониаз.**

**Болезнь Рейтера. ВИЧ-инфекция.**

**Эталон ответа к задаче №1**

**1. Какие анамнестические данные необходимо выяснять у больных с подобным заболеванием?**

**-**предполагаемый источник инфицирование пациента;

-предполагаемый регион инфицирования;

-время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов;

-результаты обследования половых партнеров;

-данные акушерско – гинекологического, урологического и полового анамнеза;

- наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время;

-данные аллергоанамнеза;

-наличие соматических заболеваний;

-данные о приеме лекарственных препаратов, в том числе антибактериальных, в течение последних 3 месяцев.

1. **Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у мужчин?**

-гнойные выделения из уретры;

-дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании);

-зуд, жжение в области уретры;

-диспареуния (болезненность во время полового акта);

-боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

1. **Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?**

Обнаружение гонококков с помощью одного из методов:

-микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму;

-культуральное исследование.

1. **Дифференциальная диагностика данного заболевания.**

Следует проводить дифференциальный диагноз с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (Т. vaginalis, C. Trachomatis, M. genitalium), условно – патогенными микроорганизмами (грибами рода Candida, микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом) и вирусами (вирусом простого герпеса).

1. **Цели лечения.**

–достижение клинической эффективности лечения (снижение или исчезновение клинических симптомов заболевания);

-достижение микробиологической эффективности лечения

(эррадикация возбудителя);

-предотвращение развития осложнений; -предупреждение инфицирования других лиц.

**Эталон ответа к задаче №2 1. Ваш наиболее вероятный диагноз?**

Распространенный кандидоз кожи и слизистых у ВИЧинфицированного.

2. **Какие требуются дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза?**

Выяснить причину иммунодепрессии, обследование на ВИЧинфекцию.

Методы, подтверждающие наличие антител к вирусу:

— Метод иммуноферментного анализа (ИФА). Антитела к ВИЧ появляются у 90–95% инфицированных в течение 3 месяцев после заражения, у 5-9% – через 6 месяцев, редко – в более поздние сроки.

— Для подтверждения специфичности результата, полученного в ИФА, используется метод иммуноблоттинга,принцип которого заключается в выявлении антител к определенным белкам вируса. Ложноположительные результаты метода крайне редки и составляют 1 :

20 000.

Методы, позволяющие оценить клеточное звено иммунитета:

— Метод количественного определения Т-хелперов (CD4) и Тсупрессо- ров (CD8) и их соотношения.

— Метод «вирусной нагрузки»– определение количества копий РНК ВИЧ в 1 мкл плазмы крови (метод полимеразной цепной реакции).

**3. Назначьте лечение.**

Дифлюкан, наружно – анилиновые красители, антимикотики. **4. Кто относится к группе риска при данном заболевании?**

— люди сексуально активного возраста, практикующие промискуитет, половые перверсии, гомо- и бисексуальные контакты, в особенности лица, занятые в сфере коммерческого секса;

— лица, страдающие ИППП;

— дети ВИЧ-инфицированных матерей,

— потребители инъекционных наркотических и других психоактивных веществ и их половые партнеры;

— реципиенты донорской крови и ее препаратов, органов и тканей; — пациенты и персонал центров гемодиализа;

— люди, подвергающиеся инвазивным лечебно-диагностическим манипуляциям с применением инструментов многократного использования;

— медицинчкие и лабораторные работники, имеющие профессиональный контакт с кровью и другим биологическим материалом.

**5. Пути передачи данного заболевания.**

Пути передачи инфекции:контактно-половой; парентеральный (трансфузионный, инъекционный, трансплантационный); вертикальный (от матери к ребенку пре-, интра- и постнатально).

**Эталон ответа к задаче №3 1. В чем причина упорного и затяжного течения простатита у данного больного?**

В распространении воспалительного процесса на вышележащие отлелы урогенетитального тракта, в необследованности и нелеченности полового партнера (предполагаемый источник заражения).

1. **Необходимо ли лечение полового партнера даже при отсутствии у него какой-либо симптоматики воспаления?** Да.
2. **Какие методы для выявления Ureaplasma urealyticum в организме больного Вы знаете?**

— метод культурального исследования (используют секрет предстательной железы, эякулят, пробы со слизистой оболочки уретры, мочу) на твердых и жидких средах. Рост U. urealiticum наступает на 1–3-и сутки. Идентификацию выделенных культур проводят с помощью реакции ингибиции роста, реакции ингибиции метаболизма (РИМ) и РИФ, а также варианта этой реакции – эпииммунофлюоресценции;

— антигены уреаплазм в материале из уретры, секрете предстательной железы определяются в реакциях агрегатгемагглютинации – РАГА, ИФА, ПИФ, но для их реализации необходимы стандартные наборы антисывороток;

— метод генетических зондов и ПЦР, отличающиеся высокой чувствительностью и диагностической эффективностью;

— серологическая диагностика урогенитального микоплазмоза трудна в связи с большим количеством серотипов возбудителя и проводится с помощью реакции связывания комплемента, РИМ, реакции пассивной гемагглютинации.

**4. Этиология и патогенез заболевания.**

*Ureaplasma urealyticum* - разновидность микоплазм*.* Использование молекулярно-биологических методов позволило объединить несколько серотипов уреаплазм в два биовара: Parvo и Т-960. Широкое распространение уреаплазм, частое их выявление у практически здоровых людей затрудняют медицинское решение вопроса о роли этих микроорганизмов в патологии урогенитального тракта. Однако рядом исследователей доказана этиологическая роль микоплазм в развитии простатитов у мужчин, эндометритов, сальпингитов, послеродовой и послеабортной лихорадки у женщин. Микоплазмы и уреаплазмы вызывают поражение урогенитальной системы у мужчин и женщин, а также респираторного тракта у новорожденных. В частности, установлено, что при хронических воспалительных процессах мочеполовых органов чаще обнаруживается биовар Parvo. Уреазная активность уреаплазм обусловливает развитие цитотоксического эффекта на клетки-мишени макроорганизма. Протеазы *U. urealyticum* расщепляют IgA человека, в результате чего иммуноглобулины теряют способность связывать антигены уреаплазм и предотвращать развитие инфекции. К факторам, провоцирующим обострение, относятся изменение гормонального фона в связи с определенной фазой менструального цикла, беременность, роды, изменения иммунного статуса организма. Дискутируется роль уреаплазм в развитии бесплодия.

5.**Какое этиологическое лечение целесообразно при инфекции Ureaplasma urealyticum?**

В лечении используются антибактериальные препараты группы тетрациклина, макролиды, фторхинолоны. Обязательному обследованию, а при обнаружении инфекции и лечению подлежат половые партнеры. Критерии излеченностипроводятся через 2**-**3 недели после окончания лечения.

**Эталон ответа к задаче №4**

**1. Пути инфицирования данным заболеванием у мужчин, женщин и детей?**

У мужчин и женщин:

* половой путь передачи (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонорей); У детей:
* прохождение через родовые пути больной матери;
* прямой половой контакт;
* бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми).

**2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у женщин?**

* гнойные или слизисто – гнойные выделения из половых путей;
* зуд, жжение в области наружных половых органов;
* диспареуния (болезненность во время полового акта);
* дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании);
* дискомфорт или боль в области нижней части живота.

**3. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?**

* исследование методом ПЦР для идентификации гонококков,
* исследования на другие ИППП,
* культуральные исследования для идентификации условно – патогенных микроорганизмов,
* КСР на сифилис,
* определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С,
* клинический анализ крови и мочи,
* биохимический анализ крови,
* УЗИ органов малого таза,

-кольпоскопия,

* уретроскопия, - вагиноскопия,
* 2- стаканная проба Томпсона.

**4. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.**

* определение чувствительности гонококков к антибактериальным препаратам;
* определение β- лактамазной активности гонококков (при наличии показаний);

-назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп.

**5. Ведение половых партнеров.**

Необходимо проинформировать о половых партнерах за последние 60 дней и сообщить половым партнерам о необходимости обследования.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным и проводится по тем же схемам. В период лечения и диспансерного наблюдения рекомендуется воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции при половых контактах до установления критерия излеченности.

**Эталон ответа к задаче №5**

1. **В чем причина неудачи в лечении данной больной?** В отказе от лечения мужа.
2. **Можно ли считать повторное диагностирование трихомониаза в данном случае рецидивом?**

Нет.

1. **Возможно ли бессимптомное течение трихомониаза у мужчин?**

15-50% бессимптомны, являются партнерами инфицированной женщины. 4. **Какое этиологическое лечение целесообразно при данной инфекции?** Больных свежим острым и подострым неосложненным трихомо-надным уретритом, кольпитом лечат протистоцидными препаратами: метронидазол (трихопол, флагил) внутрь по 0,5 г 4 раза в сутки в течение 5 дней; тинидазол – внутрь 2,0 г однократно или по 0,5 г 2 раза в сутки ежедневно в течение 7 дней; орнидазол 1,5 г однократно.

Женщинам, больным трихомониазом, можно применять вакцину «Солкотриховак».

Больные с торпидным, осложненным и хроническим течением процесса получают наряду с протистоцидными средствами иммунотерапию, фермен-тотерапию, физиотерапию и местное лечение.

**5. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика урогенитального трихомониаза?**

Дифференциальную диагностику урогенитального трихомониаза следует проводить с:

 химическим или аллергическим вульвовагинитом (контакт с дезодорантами, спринцевание или спермициды);

 наличием инородного тела во влагалище;

 цервикальной, вагинальной или вульварной неоплазией;

 заболеваниями с характерными генитальными эрозивноязвенными элементами;

 другии ИППП (хламидиоз, гонорея).

**Эталон ответа к задаче №6**

**1. Назовите возможную этиологию эпидидимита у указанного больного.**

Острый эпидидимоорхит, предположительно хламидийной этиологии. **2. В чем причина рецидива заболевания?**

В отсутствии обследования и в случае подстверждения дианоза – лечения половой партнерши. Необходимо воздержание от половых контактов до установления излеченности половой партнерши во избежание реинфекции, либо применение барьерных методов контрацепции.

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

Симптомы неосложненной хламидийной инфекции: уретрит и цервицит не являются специфичными только для этой инфекции, что диктует необходимость проводить исследования для исключения гонококковой инфекции, генитального герпеса, мочеполового трихомониаза, урогенитального кандидоза. Этиологическими агентами негонококкового уретрита также могут быть генитальные микоплазмы (доказана роль Ureaplasma spp. и Mycoplasma genitaliumпри этом забодевании).

Дифференциальный диагноз хламидийного эпидидимоорхита проводят с водянкой, туберкулезным или сифилитическим эпидидимоорхитом, опухолью органов мошонки, урогенитальными трихомониазом, гонореей, неспецифическими воспалительными урогенитальными инфекциями, а также с перекрутом ножки яичка. **4. Тактика врача в отношении половой партнерши.**

Все пациенты, у которых выявлены *C. trachomatis,* должны уведомить своих сексуальных партнеров о необходимости обращения за медицинской помощью. Принимаются во внимание те сексуальные партнеры, связь с которыми произошла в течение 1 мес, предшествовавшего появлению симптомов УГХИ, а при отсутствии симптомов в течение 6 мес, предшествовавших постановке диагноза. Уведомление сексуальных партнеров и результаты работы с ними должны быть документированы.

**5. Может ли данное заболевание являться причиной развития бесплодия?**

Рецидивирующая хламидийная инфекция ассоциирована с повышенным риском ВЗОМТ и отдаленными осложнениями (бесплодие, эктопия беременности, хроническая тазовая боль у женщин и стриктура уретры, простатит, реактивный артрит у мужчин). По сравнению с гонококковым ВЗОМТ при хламидийной инфекции протекает менее остро, что сказывается на более частом впоследствии развитии бесплодия. Бесплодие может возникнуть после перенесенного хламидийного ВЗОМТ. Тем не менее часто женщины с трубным фактором бесплодия, возникшим явно вследствие ВЗОМТ, не сообщают об этом заболевании. Так, у 1/3 женщин, страдающих бесплодием без предшествующих симптомов ВЗОМТ, при обследовании выявляли C. trachomatis . Таким образом, малосимптомно протекающие ВЗОМТ, способные стать причиной бесплодия, являются обычным явлением. Субклинические эпизоды ВЗОМТ более распространены среди женщин, принимающих пероральные контрацептивные средства.

**Эталон ответа к задаче №7 1. О каком диагнозе следует думать в первую очередь?** Гонорейный проктит.

1. **Какие осложнения у мужчин возможны при данной инфекции?**

Литтреит, морганит, тизонит, парауретрит, периуретрит, колликулит, куперит, простатит, везикулит, эпидидимит, баланопостит, фимоз, поражение кожи.

1. **Чем может быть обусловлена подобная локализация инфекционного процесса?**

Вероятный путь инфицирования – анальный вариант полового контакта. **4. Этиология заболевания.**

Возбудителем гонореи является грамотрицательный диплококк Neisseria gonorrhoeae,открытый А. Нейссером в 1879 г. Относится к семейству Neisseriaceae, род Neisseria.Гонококки поражаютпреимущественно слизистую оболочку урогенитального тракта, выстланного цилиндрическим эпителием (уретра, цервикальный канал). Заражение происходит в основном при половых контактах. Редко передача инфекции осуществляется через инфицированные предметы туалета. Возможен интранатальный путь заражения. Попадая на восприимчивый к инфекции эпителий, гонококки вызывают воспалительную реакцию, сопровождаемую образованием гнойного экссудата. Период, требуемый для развития воспалительной реакции, принято обозначать инкубационным. В среднем он составляет 3-10 дней. Далее возникают клинические признаки инфекции, основным проявлением которых являются гнойные выделения. Гонококки по протяжению слизистой оболочки, лимфо- или гематогенно могут обусловить распространение инфекции с поражением органов малого таза, брюшной полости, вплоть до развития гонококкового сепсиса с септицемией и септикопиемией.

Для острой гонореи характерен незавершенный фагоцитоз с участием преимущественно полиморфно-ядерных лейкоцитов. Специфические антитела, появляющиеся в процессе формирования иммунной реакции, не являются защитными, поэтому возможно развитие реинфекции и суперинфекции.

**5. Классификация данного заболевания.**

В клинической практике классификация гонореи основана на длительности заболевания – свежая(до 2 месяцев) и хроническая(свыше 2 месяцев). Гонококковая инфекция может быть осложненнойи неосложненной.В зависимости от локализации патологического процесса гонорею разделяют на генитальнуюи экстрагенитальную*.*

**Эталон ответа к задаче №8**

**1. Какие субъективные симптомы характерны для данного заболевания у женщин?**

* вагинальные выделения серо – желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом;
* зуд, жжение в области наружных половых органов;
* диспареуния (болезненность во время полового акта);
* дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании);
* дискомфорт или боль в области нижней части живота;

В 10 -30% наблюдений у женщин регистрируется бессимптомное течение заболевания.

**2. Из каких отделов мочеполовой сферы должен исследоваться материал у женщин и мужчин?**

У женщин:

- из уретры, цервикального канала, боковых и заднего сводов влагалища (у перенесших гистерэктомию – из уретры, боковых сводов влагалища.

У мужчин: из уретры.

**3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?**

Обнаружение трихомонад с помощью одного из методов:

* микроскопическое исследование нативного препарата. Недостатком данного метода является немедленное исследование после получения клинического материала.
* микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму, является наиболее доступным методом исследования, однако чувствительность его не превышает 40 – 60%, что во многом связано с увеличением частоты регистрации атипичных форм трихомонад

-культуральное исследование является «золотым стандартом» диагностики и в особенности показано при мало – и бессимптомных формах заболевания.

**4. Консультации каких смежных специалистов назначаются больным?**

* гинеколога или уролога (с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы)
* психотерапевта –психологическая адаптация, цель которой убедить пациента, его родителей или законного представителя в том что:
* заболевание не представляет угрозу его жизни при адекватном лечении,
* заболевание представляет опасность для окружающих, чем вызвана необходимость проведения противоэпидемических мероприятий.

**5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.**

Рекомендуется назначение альтернативных препаратов или методик (курсовых) лечения.

При наличии показаний проводится дополнительная симптоматическая терапия.

**Эталон ответа к задаче №9**

1. **Чем обусловлено изменение клинической картины?**

Развитие урогенитального кандидоза на фоне приема антибактериальных препаратов.

1. **Какие препараты следует дополнительно назначить пациенту?**

Клотримазол, миконазол, флуконазол, итраконазол.

1. **В чем заключается особенность ведения больных, страдающих хламидиозом?**

Установление клинико-микробиологических излеченности хламидийной инфекции проводится через 14 дней (культуральным методом), или 28 методом (методами ПЦР, ЛЦР, ПИФ) после окончания лечения. При отрицательных результатах пациенты дальнейшему обследованию не подлежат. Одновременное обследование и лечение половых партнеров. **4. Возможно ли длительное бессимптомное протекание данной инфекции?**

Да.

**5. Этиология и патогенез заболевания.**

Поражение урогенитального тракта вызывают Chlamydia trachomatis.Хламидии имеют выраженный тропизм к цилиндрическому эпителию, выстилающему слизистую оболочку уретры, канала шейки матки, прямой кишки, конъюнктивы глаз и область глотки. Иммунный ответ на хламидии многообразен и характеризуется продукцией секретируемых иммуноглобулинов А, М, G. Наряду с острой инфекцией возможно развитие хронического процесса*.* Современные исследования изменили стандартный взгляд на цикл развития хламидий. Сейчас точно известно, что в некоторых условиях инфекция, вызываемая Chlamydia trachomatis, развивается по пути персистенции. Персистенция хламидий – это отклонение их жизненного цикла от нормального, которое может быть вызвано целым рядом факторов, включая антибактериальную терапию.

**Эталон ответа к задаче №10**

1. **Какие стадии выделяют в течении заболевания?** Болезнь Рейтера имеет 2 стадии в своем развитии:

— инфекционно-токсическая (до 3 месяцев)-ранняя стадия,

— аутоиммунная или иммунопатологическая (через 3 месяца после начала заболевания) - поздняя стадия.

1. **Принципы лечения данного заболевания.**

Лечение болезни Рейтера должно отвечать следующим принципам:

— Своевременность (раннее начало предотвращает развитие иммунопатологических дискорреляций).

— Комплексность и этиопатогенетическая обоснованность (в зависимости от стадии и характера процесса).

— Индивидуальность.

— Преемственность (поэтапное лечение: стационарное, стационарно-курортное, амбулаторное в условиях поликлиники, диспансеризация).

1. **Особенности лечения в первую стадию.**

При остром течении болезни Рейтера (1-я стадия, протекающая как инфекционно-токсический процесс с аллергическим компонентом) лечение начинают с антибактериальных средств, которые сочетают с локальным воздействием на очаг инфекции в мочеполовых путях; применяют также НПВС, дезинтоксикационные, десенсибилизирующие средства, интерфероны и интерфероногены, кортикостероиды назначают только при высокой интоксикации, лихорадке, прогрессировании процесса (под прикрытием антибиотиков!). Изантихламидийных препаратов применяют полусинтетические макролиды и азалиды (предпочтительны), показаны фторхинолоны (лучше офлоксацин, темофлоксацин, руфлоксацин), эффективны полусинтетические тетрациклины, особенно доксициклин.

1. **Особенности терапии во второй стадии болезни.**

Во II стадии болезни Рейтера (иммунное воспаление) решающее значение имеют кортикостероиды, цитостатики, базисные средства (4аминохинолоны, препараты золота, D-пеницилламин), которые назначают на фоне антибактериальной терапии*.* Так, к цитостатикам прибегают при неэффективности кортикостероидов, высокой активности процесса, склонности к анкилозированию, поражению внутренних органов. Важное значение имеют физиотерапия, которая показана при снижении активности процесса, санаторно-курортное лечение, ЛФК. Больным противопоказан полный покой во избежание развития контрактур.

1. **Кем осуществляется диспансерное наблюдение за больным после выписки из стационара?**

Диспансерное наблюдение при болезни Рейтера проводят ревматолог (терапевт), дерматовенеролог (уролог), окулист, по показаниям - другие специалисты. Обязательно лечение полового партнера.

Типография КрасГМУ

Подписано в печать 03.11.11. Заказ № 1814 Тираж 25 экз.

660022, г.Красноярск, ул.П.Железняка, 1