

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 19.12.2018 16:30:37
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт

Факультет _____ Послевузовского профессионального образования _____

Кафедра _____ Инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии _____

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по научной работе
и инновационному развитию
Т.А. Овсянникова
« 17 » 20 _____ г.



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Для специальности _____ 31.08.32 Дерматовенерология _____
(код и наименование специальности)

Квалификация выпускника _____ Врач-дерматовенеролог _____
(наименование квалификации)

Майкоп

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения «Производственной (клинической) практики №1»

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными** компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными** компетенциями:

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11)
- готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

**Перечень вопросов к зачету для проведения промежуточной аттестации по практике
«Производственная (клиническая) практика № 1»**

1. Принципы организации и проведения диспансеризации лиц с дерматовенерологическими заболеваниями.
2. Законодательные и нормативные акты, регулирующие оказание медицинской помощи пациентам с дерматовенерологическими заболеваниями.
3. Этиология и патогенез дерматитов.
4. Клинические проявления простого дерматита..
5. Клинические проявления аллергического дерматита..
6. Принципы лечения и профилактики фотодерматитов и фотодерматозов.
7. Критерии диагностики пузырных дерматозов.
8. Принципы лечения пузырчатки обыкновенной.
9. Клинические формы псориаза.
10. Принципы лечения псориаза.
11. Лечение чесотки.
12. Диагностика дерматомикозов.
13. Клинические формы красного плоского лишая.
14. Токсикодермия Клиника. Лечение.
15. Многоформная экссудативная эритема. Клиника. Лечение.
16. Показатели тяжести токсикодермий. 17. Эпидемиология, этиология, патогенез красной волчанки.
17. Критерии диагностики красной волчанки.
18. Лечение аногенитальной герпетической вирусной инфекции.
19. Клиническая картина простого и опоясывающего герпеса.
20. Патомимии.
21. Чесотка у детей.
22. Классификация акне.
23. Механизм иммунопатогенеза атопического дерматита.
24. Классификация, клинические проявления пиодермитов.
25. Первичные и вторичные морфологические элементы сыпи при дерматозах. Их связь с гистопатологическими изменениями в эпидермисе и дерме.
26. Импетиго стрептококковое и стрептостафилококковое (вульгарное). Пути инфицирования. Патогенез. Клинические разновидности. Лечение.
27. Фурункулы и фурункулез. Гидраденит. Этиология, патогенез, клиника. Терапия острых и хронических рецидивирующих форм пиодермий. Профилактика пиодермий в быту и на производстве.
28. Туберкулезная волчанка. Этиология и патогенез. Патоморфология люпомы. Клиника и течение. Основные клинические разновидности. Методы диагностики. Принципы лечения и профилактики.
29. Индуративный туберкулез кожи. Этиология и патогенез. Особенности гистоморфологической картины. Клиника и течение. Методы диагностики. Принципы лечения и профилактики.
30. Колликувативный туберкулез кожи. Патогенез. Гистопатология. Клиника и течение. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения и профилактики.
31. Лепра. Возбудитель. Патогенез. Эпидемиология. Распространенность лепры в

разных странах. Клинические разновидности и течение. Прогноз. Клиническая и лабораторная диагностика лепры. Гистоморфология лепромы. Принципы лечения и профилактики.

32. Поверхностная трихофития. Возбудители. Пути передачи. Клиника поражений гладкой кожи, волосистой части головы и ногтей. Хроническая трихофития. Диагностика. Принципы лечения и профилактики в семье и в организованных коллективах.

33. Микроспория. Возбудители. Пути передачи инфекции. Клиника поражений гладкой кожи и волосистой части головы. Методы диагностики. Принципы терапии и профилактики.

34. Руброфития. Возбудитель. Пути передачи. Клиника поражений стоп, гладкой кожи, ногтей. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.

35. Инфильтративно-нагноительная трихофития. Возбудители. Эпидемиология. Клиника, течение. Принципы терапии. Диагностика. Профилактика.

36. Принципы лечения кожных болезней. Системная и локальная терапия дерматозов

37. Кандидозы кожи и слизистых оболочек. Возбудители. Патогенез. Пути распространения инфекции. Клиника. Лечение. Методы диагностики. Профилактика.

38. Чесотка. Возбудитель. Пути передачи инфекции. Клиника, течение, осложнения. Лечение. Профилактика в семье и в организованных коллективах.

39. Герпес простой. Этиология и патогенез. Гистопатология. Пути распространения инфекции, обусловленной возбудителями первого и второго иммунотипа. Клиника и течение. Особенности диагностики при локализации на гениталиях. Лечение. Опоясывающий лишай. Этиология и патогенез. Клинические разновидности. Течение болезни. Лечение.

40. Папилломавирусная инфекция, как дерматологическая и онкологическая проблема. Клинические проявления ПВИ на коже и слизистых оболочках. Остроконечные кондиломы. Этиология. Гистопатология. Пути заражения. Клиника. Лечение. Дифференциальный диагноз от широких кондилом, вульгарных и плоских бородавок.

41. Дерматиты и их причины. Контактные (простые, облигатные) и аллергические дерматиты. Клинические разновидности. Методы диагностики. Лечение.

42. Кожные проявления лекарственной болезни. Токсикодермии (токсидермии). Патогенез. Клинические разновидности. Отличие токсикодермий от лекарственных

43. дерматитов. Лечение.

44. Экзема. Патогенез. Гистопатология острой и хронической экземы. Этапы развития экзематозного процесса. Клиника и течение экземы. Разновидности экземы. Принципы лечения экземы в разных стадиях. Прогноз. Профилактика обострений.

45. Профессиональные дерматозы и профессиональные приметы. Клинические формы и течение профессиональных дерматозов. Методы диагностики. Лечение. Профотбор. Профилактика.

46. Зудящие дерматозы. Кожный зуд. Особенности патогенеза, клиники и течения генерализованных и локализованных форм кожного зуда. Методы лечения. Крапивница острая и хроническая. Этиология и патогенез. Клиника и течение. Лечение

47. Нейродерматозы. Ограниченный нейродермит Видаля. Диффузный хронический нейродермит. Атопический дерматит. Патогенез. Клиника и течение. Прогноз. Принципы местного и общего лечения. Диспансеризация.

48. Инфекционные эритемы. Розовый лишай Жибера. Этиология и патогенез. Патоморфология кожных поражений. Клиника и течение. Дифференциальная диагностика.

Диагноз. Лечение. Многоформная экссудативная эритема. Этиология и патогенез. Инфекционно-аллергическая и токсико-аллергическая формы. Клиника, течение, лечение. Профилактика рецидивов.

49. Красный плоский лишай. Этиология и патогенез. Гистопатология. Клинические разновидности. Течение. Лечение.

50. Псориаз. Морфология и гистопатология высыпаний. Клиника и течение псориаза. Вульгарный псориаз, псориаз эритродермия и псориаз артрита. Принципы терапии в разных стадиях и при разных формах псориаза.

51. Васкулиты кожи. Классификация. Клинические разновидности. Узловатая эритема. Этиология и патогенез. Острая и хронические формы. Клиника, течение, лечение. Дифференциальный диагноз с индуративным туберкулезом кожи.

52. Себорея. Этиология и патогенез. Клинические и патогенетические разновидности. Осложнения.

53. Акне. Патогенез, классификация. Принципы лечения.

54. Дискоидная красная волчанка. Этиология и патогенез. Клиника, течение, осложнения. Принципы терапии и профилактики рецидивов и обострений. Диспансеризация больных.

55. Системная красная волчанка. Патогенез. Особенности клиники и течения. Методы лабораторной диагностики. Принципы лечения. Диспансеризация больных и методы профилактики рецидивов и обострений.

56. Склеродермия. Этиология и патогенез. Гистоморфология. Очаговая (бляшечная) и системная склеродермия. Клиника, течение. Прогноз. Принципы лечения. Диспансеризация больных, её цели и методы.

57. Герпетиформный дерматоз Дюринга. Этиология и патогенез. Клиника, течение, прогноз. Особенности гистопатологии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.

58. Пузырчатка акантолитическая (вульгарная). Этиология и патогенез. Патоморфология кожных поражений. Клиника и течение. Прогноз. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Диспансеризация больных, её цели и методы.

59. Неакантолитические пузырьчатки. Рубцующийся пемфигоид Левера. Этиология и патогенез. Патоморфология кожных поражений. Клиника и течение. Прогноз. Дифференциальный диагноз с герпетиформным дерматозом Дюринга. Принципы лечения.

60. Невусы. Клинические формы. Признаки малигнизации невусов. Меланома. Её клинические особенности и течение. Методы диагностики. Принципы лечения и профилактики.

61. Базалиома. Патогенез. Гистоморфология базалиом. Клинические разновидности. Течение. Прогноз. Терапия.

62. Плоскоклеточный рак кожи. Гистоморфологические особенности. Условия,

63. способствующие развитию плоскоклеточного рака. Клиническая картина и течение. Прогноз. Принципы терапии

64. Гонококковая инфекция. Возбудитель. Иммунитет при гонорее, реинфекция, рецидив и суперинфекция. Классификация гонорей. Клиника и течение гонорейного уретрита у мужчин. Принципы топоческой диагностики. Осложнения гонорейного уретрита у мужчин. Эпидидимит и т.д. Методы диагностики. Лечение.

65. Урогенитальный хламидиоз. Возбудитель, его морфологические и биологические особенности. Пути передачи инфекции. Клиника и течение урогенитальных поражений. Осложнения. Принципы диагностики и терапии. Профилактика.

66. Мочеполовой трихомониаз. Возбудитель. Пути передачи инфекции. Клиника и течение трихомониаза. Осложнения. Принципы лабораторной диагностики. Лечение.

67. Бактериальный вагиноз. Клинические проявления. Критерии диагностики. Лечение.

68. Общая характеристика течения приобретенного сифилиса. Пути распространения бледных трепонем в организме. Иммунитет и инфекционная аллергия при сифилисе. Понятие о реинфекции и суперинфекции.

69. Течение сифилиса в первичном периоде: клинические проявления и иммунологические изменения. Твердый шанкр. Клиника и течение. Дифференциальный диагноз. Динамика серологических реакций.

70. Течение сифилитической инфекции во вторичном периоде. Общая характеристика течения. Общая характеристика высыпаний вторичного периода. Гистопатология вторичных сифилидов. Р

71. Течение сифилитической инфекции во вторичном периоде. Общая характеристика течения. Сифилитическая розеола. Симптоматика, течение. Дифференциальный диагноз с высыпаниями при розовом лишае, токсикодермии и отрубевидном лишае.

72. Течение сифилитической инфекции во вторичном периоде. Общая характеристика течения. Папулезный сифилид кожи. Клинические разновидности. Течение сифилитических папул на коже. Гистопатология папулезных сифилидов. Диагноз и дифференциальный диагноз.

73. Сифилитические высыпания в полости рта при первичном и вторичном периоде. Эритематозные и папулезные сифилитические ангины. Клиника, течение, диагноз и дифференциальный диагноз.

74. Вторичные сифилиды гениталий. Клинико-морфологические особенности папулезных высыпаний на гениталиях. Гистопатология. Течение. Дифференциальный диагноз. Широкие кондиломы (вегетирующие сифилитические папулы). Клиника, гистопатология. Диагноз и дифференциальный диагноз.

75. Пигментный сифилид (лейкодерма). Особенности патогенеза, клиники, течения. Дифференциальный диагноз с вторичной лейкодермой после разноцветного лишая. Сифилитические облысения вторичного периода. Дифференциальный диагноз с гнездой плешивостью и дерматофитиями волосистой части головы.

76. Течение сифилиса в третичном периоде. Частота и причины перехода болезни в третичную стадию. Клинические и иммунобиологические изменения в третичном периоде. Диагностика сифилиса в третичном периоде.

77. Бугорковый сифилид кожи и слизистых оболочек. Гистопатология бугоркового сифилида. Клинические разновидности. Течение. Исход. Дифференциальный диагноз с туберкулезной волчанкой. Диагностика.

78. Гуммозные сифилиды кожи. Клинические разновидности, течение и исход гумм кожи. Гистопатология. Дифференциальный диагноз с колликативным туберкулезом, новообразованиями, лейшманиозом, трофическими язвами. Диагностика сифилиса в третичной стадии.

79. Скрытый (асимптомный) сифилис. Причины асимптомного течения инфекции.

80. Клинико-эпидемиологические разновидности приобретенного скрытого сифилиса. Методы диагностики. Принципы лечения больных сифилисом. Превентивное, профилактическое и пробное лечение. Критерии излечения и снятия с учета.

81. Врожденный сифилис. Пути передачи сифилиса потомству. Сифилис плода. Ранний врожденный сифилис. Поздний врожденный сифилис. Клиника. Течение. Методы диагностики. Профилактика и лечение.

82. Серологическая диагностика сифилитической инфекции. Виды серологических реакций. Иммунологическая сущность. Диагностическая ценность на разных стадиях сифилиса.

83. ВИЧ-инфекция. Эпидемиология. Классификация. Кожные проявления при ВИЧ-инфекции. Саркома Капоши. Особенности течения саркомы Капоши при ВИЧ-инфекции. Диагностика ВИЧ-инфекции.

84. Общая характеристика течения ВИЧ-инфекции у человека. Кожные проявления синдрома приобретенного иммунодефицита, их клинические особенности. «Оппортунистические» инфекции кожи. «Маркерные» заболевания кожи и слизистых оболочек. Диагностика ВИЧ-инфекции.

85. Кожный лейшманиоз (болезнь Боровского). Возбудитель. Пути передачи инфекции. Клиника и течение. Лечение и профилактика.

86. Клинико-эпидемиологические разновидности приобретенного скрытого сифилиса. Методы диагностики. Принципы лечения больных сифилисом. Превентивное, профилактическое и пробное лечение. Критерии излечения и снятия с учета.

87. Врожденный сифилис. Пути передачи сифилиса потомству. Сифилис плода. Ранний врожденный сифилис. Поздний врожденный сифилис. Клиника. Течение. Методы диагностики. Профилактика и лечение.

88. Серологическая диагностика сифилитической инфекции. Виды серологических реакций. Иммунологическая сущность. Диагностическая ценность на разных стадиях сифилиса.

89. ВИЧ-инфекция. Эпидемиология. Классификация. Кожные проявления при ВИЧ-инфекции. Саркома Капоши. Особенности течения саркомы Капоши при ВИЧ-инфекции. Диагностика ВИЧ-инфекции.

90. Общая характеристика течения ВИЧ-инфекции у человека. Кожные проявления синдрома приобретенного иммунодефицита, их клинические особенности. «Оппортунистические» инфекции кожи. «Маркерные» заболевания кожи и слизистых оболочек. Диагностика ВИЧ-инфекции.

91. Кожный лейшманиоз (болезнь Боровского). Возбудитель. Пути передачи инфекции. Клиника и течение. Лечение и профилактика.

Ситуационные задачи по «Производственной (клинической) практике №1».

Клинические задачи по теме: Основы диагностики заболеваний кожи. первичные и вторичные морфологические элементы сыпи

Задача № 1.

На приеме у дерматолога больная 42 лет с жалобами на появление после нервного потрясения обильной сыпи, сопровождающейся зудом. Больна 10 дней. При осмотре: на туловище, передней поверхности голени имеются многочисленные плоские папулезные высыпания полигональной формы, синюшно – красного цвета, с гладкой блестящей поверхностью, с пупковидным вдавлением в центре. Выставлен диагноз: красный плоский лишай.

Вопросы:

1. Дайте определение описанному элементу сыпи.
2. Какой основной гистопатологический процесс характерен для папул при этом заболевании?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Папула является первичным морфологическим элементом сыпи, представляет собой ограниченное возвышающееся уплотнение кожи, не имеющее полости.
2. Основной гистопатологический процесс, наблюдающийся в папулах красного плоского лишая – неравномерный гипергранулез.

Задача № 2.

По поводу ангины больному был назначен тетрациклин, который он неоднократно принимал ранее. На второй день после начала приема антибиотика на коже появилась пятнистые высыпания, сопровождающиеся зудом.

Вопросы:

1. Дайте определение описанному морфологический элемент сыпи.
2. На основании каких данных устанавливается диагноз кожного заболевания?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. Пятно представляет собой изменение окраски кожи на ограниченном участке.
2. Диагноз кожного заболевания устанавливается на основании анамнестических данных, жалоб больного, осмотра кожи, обследования общего состояния больного.

Задача № 3.

У больной 35 лет после сильного нервного переживания на тыле кистей появились участки покраснения и отека с последующим образованием на этом фоне мелких воспалительных папул, пузырьков, эрозий с обильным выделением серозной жидкости. Процесс сопровождался сильным зудом.

Вопросы:

1. Назовите субъективные и объективные симптомы болезни.
2. Назовите, что могло стать причинным фактором для возникновения дерматоза?

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. К субъективным симптомам относят проявления болезни, которые ощущает больной, в данном случае – зуд.

К объективным – изменения, которые врач находит на коже, то есть морфологические элементы сыпи. В данном задании - воспалительные папулы, пузырьки, эрозии на фоне покраснения и отека кожи.

2. Причиной возникновения дерматоза могло быть сильное нервное переживание.

Клинические задачи по теме: Атопический дерматит токсикодермии. экзема. крапивница

Задача № 1.

В клинику поступил больной 19 лет с жалобами на зуд кожи и наличие высыпаний в области подколенных и локтевых сгибов. Болен с 6-месячного возраста. Обострение кожного процесса отмечается после употребления шоколада, апельсинов, на фоне простудных заболеваний, при интенсивных физических нагрузках, сопровождающихся повышенным потоотделением.

Объективно: кожа сухая, покрыта большим количеством чешуек, дермографизм белый стойкий. Имеется складка нижнего века (симптом Дени-Моргана), хейлит, проявляющийся застойной эритемой, инфильтрацией и шелушением красной каймы губ с наличием радиарных бороздок. На коже в области коленных и локтевых сгибов, тыла кистей, задней и боковых поверхностей шеи имеются очаги лихенификации с экскориациями, покрытыми геморрагическими корочками.

1. Ваш диагноз?
2. План лечения?
3. Профилактика?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Атопический дерматит, эритематозно-сквамозная с лихенизацией форма, стадия обострения.
2. Антигистаминные, десенсибилизирующие (натрия тиосульфат) препараты, энтеросорбенты внутрь (полифепан, полисорб). Местно элоком, элидел, бальзам для губ.
3. Диспансерный учет, исключение провоцирующих обострение факторов, применение увлажняющих средств на кожу (липикар бальзам, эмольтан экстрем, иктиан молочко для тела, топикрем и др.). Санаторно-курортное лечение в теплое время года.

Задача № 2.

На прием к участковому врачу обратился пациент 40 лет с жалобами на недомогание, сыпь по кожному покрову, сопровождающуюся зудом. Высыпания на коже появились 2 дня назад после приема аспирина.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Профилактика?

Эталоны ответов к задаче №2.

1. Медикаментозная токсикодермия.
2. Отменить приема аспирина. Рекомендовано обильное питье, назначение антигистаминных, десенсибилизирующих препаратов, энтеросорбентов. Местно - взбалтываемая взвесь.
3. Профилактика – исключить прием аспирина.

Задача № 3.

Больная С., 49 лет. Поступила в клинику 20/1 2004 г. с жалобами на поражение кожного покрова и слизистой оболочки ротовой полости. Данное заболевание возникло 18/1 2004 г. на 10-й день лечения мономицином по поводу хронической пневмонии. Состояние больной средней тяжести, температура—39,6°, пульс—102 удара в минуту, частота дыхания — 46, артериальное давление 100/70 мм рт. ст. Поражение кожи

захватывает примерно 50—60% кожного покрова. В средней части туловища, на ягодицах и бедрах поражение проявляется диффузной эритемой с изолированно расположенными пузырями; в верхней части туловища, на лице, плечах и в крупных складках кожи — отдельными очагами эритемы с эрозиями и пузырями. Положительный симптом П. В. Никольского в окружности эрозий. На слизистой полости рта — покраснение, эрозии. Миндалины отечны и гиперемированы. На языке — сероватый пленчатый налет. На месте инъекций мономицина, на правой ягодице, расположен массивный багровый инфильтрат с некрозом в центре. В легких сухие хрипы. Со стороны сердца и других внутренних органов патологии не выявлено.

Анализ крови от 21/1 2004 г.: гем — 14,5 г%, Э — 5,2 млн., Л — 6400, э — 0, СОЭ — 27 мм/ч; от 25/1 2004 г.: гем — 14,2 г%, Э — 5,5 млн., Л — 11400, базофилов — 2%, эозинофилов — 4%, СОЭ — 35 мм/ч. Суточное количество мочи — 1380 мл. В моче — 0,12‰ белка.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Эталон ответа к задаче № 3.

1. Диагноз: токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла), феномен Артюса. Правосторонняя интерстициальная пневмония.

2. Отменить инъекции мономицина. Назначить преднизолон по 60 мг в сутки внутримышечно и внутривенно, капельные вливания физиологического раствора, 5% раствора глюкозы, обильное питье, наружные средства.

3. Выздоровление. В будущем при необходимости назначения антибиотиков — не применять мономицин.

Задача № 4.

Больной В. 54 лет обратился в поликлинику с жалобами на поражение кожи после ушиба в средней и нижней части левой голени, зуд, мокнутие. Болен неделю. Вначале появилась краснота, отечность. Больной самостоятельно смазывал очаг тетрациклиновой мазью, но стало хуже: появились пузырьки, которые быстро вскрылись, образовалась мокнувшая поверхность, жидкость стекала вниз, пропитывая одежду. Отечность усилилась. Больной обратился к врачу дерматологу в РКВД.

При осмотре в средней и нижней трети левой голени обнаружена отечность ноги, гиперемия, с нерезкими границами, участки мокнувших «серозных колодцев». Серозная жидкость стекает с поверхностей. Больной со стороны внутренних органов жалоб не предъявляет: кроме повышения артериального давления: 140-90 мм рт. столба.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какова тактика ведения больного?
3. Назначьте лечение.

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Диагноз: острая экзема левой голени

2. Решить вопрос необходимости стационарного лечения.

3. В случае отказа больного от стационарного лечения — оформить лист нетрудоспособности.

Назначить лечение 1) антигистаминные препараты; 2) хлористый кальций 10% по 1 ст. л. 3 раза в день, (в стационаре — хлористый кальций 10% 10,0 внутривенно).

Примочки с раствором борной кислоты 2% на 2 дня. После прекращения мокнутия — цинковая паста с лоринденом С пополам.

Задача № 5.

К дерматологу обратился пациент с жалобами на утолщение кожи ладоней, болезненные трещины. Временами отмечается незначительный зуд. Болен в течение 2-х лет. При осмотре: выраженный гиперкератоз ладоней, глубокие трещины.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Методы обследования?

Эталоны ответов к задаче № 5.

1. Роговая экзема.
2. Ладонно-подошвенный псориаз, рубромикоз.
3. Бактериологический и бактериоскопический анализы на грибы; исследование других участков тела для обнаружения проявлений дифференцируемых дерматозов.

Задача № 6.

На прием к врачу обратилась больная 35-и лет с жалобами на высыпания и зуд кожи кистей. Из анамнеза: высыпания на кистях появлялись неоднократно в течение года после стирки порошком «Лотос». При осмотре: на коже кистей имеется эритема, отечность, множество узелков и пузырьков, эрозии, мокнутие.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Профилактика?

Эталоны ответов к задаче № 6.

1. Контактная экзема.
2. Десенсибилизирующие, антигистаминные. Местно: примочки с водными растворами борной кислоты (1%), танина (1%).
3. Исключить контакт со стиральным порошком.

Задача № 7.

Больная Р., 22 года обратилась к врачу с жалобами на внезапное появление высыпаний на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся потоотделением и бронхоспазмом. Высыпания возникли после физической нагрузки, сопровождаются сильным зудом. При обследовании обнаружено, что высыпным элементом является волдырь.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?

Эталоны ответов к задаче № 7.

1. Острая крапивница (физическая - холинергическая)
2. При лечении холинергической крапивницы назначают препараты белладонны, антигистаминные, в качестве экстренной помощи - атропин внутримышечно 1 мл 0,1% раствора.

Задача № 8.

Больная А., 32 г., обратилась в поликлинику с жалобами на сильный зуд, наличие волдырей (в течение 5 недель), каждый из которых существует не более суток. При объективном осмотре выявляются волдыри без определенной локализации, имеющие

тенденции к слиянию в поясничной и плечевой областях. Год назад лечилась по поводу гастрита.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования должен назначить врач для подтверждения диагноза?
3. Какое необходимо назначить лечение?

Эталоны ответов к задаче № 8.

1. У больной острая крапивница (до 6 недель).
2. Определение дермографизма: уртикарный дерматографизм характерен для крапивницы.

Консультация гастроэнтеролога.

3. Лечение: исключение цитрусовых, шоколада, орехов, яиц и других продуктов - возможных аллергенов. Элиминация аллергена (экспургаторная терапия), энтеросорбенты. Соблюдение диеты. Лечение выявленной патологии желудочно-кишечного тракта по консультации гастроэнтеролога. Антигистаминные препараты парентерально и внутрь длительно.

Клинические задачи по теме: Дерматиты. профессиональные дерматозы

Задача № 1.

Больная Ш. 25 лет обращалась к дерматологу с жалобами на красноту, болезненность в области шеи и нижней части лица. Больна 2 дня.

Общее состояние удовлетворительное. На шее, подбородке, щеках кожа гиперемирована, немного отечна. Из анамнеза: у пациентки появился зуд и краснота кожи лица и шеи после того, как она надела пальто с черным крашеным меховым воротником. До этого подобного заболевания не было.

Вопросы:

1. Возможный диагноз?
2. Назначьте лечение.
3. Профилактика рецидива?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. У больной, по-видимому, урсоловый дерматит.
2. Лечение: устранить контакт с краской, паста Лассара, диазолин на ночь 0,05.
3. Необходимо исключить какой-либо контакт с аллергеном (не носить это пальто или сменить воротник).

Задача № 2.

Больная Я., обратилась к дерматологу с жалобами на поражение кожи шеи, груди, спины и умеренно выраженный зуд в очагах поражения. Считает себя больной в течение 4х месяцев. 5 месяцев назад больная начала применять новый дезодорант. Пользуется им ежедневно до настоящего времени. Мазь синаflan, которую пациентка использовала для лечения, приносила кратковременный положительный эффект.

Дерматологический статус: на коже шеи, груди, спины имеются розовые пятна различных размеров, округлых очертаний; папулы, шелушение, расчесы, кровянистые корочки на поверхности очагов.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. Контактный аллергический дерматит.
2. Прекратить применение дезодоранта. Десенсибилизирующие препараты (кальция глюконат, натрия тиосульфат), антигистаминные (димедрол, тавегил, супрастин).

Местно- глюкокортикоидные мази низкой и средней степени активности.

3. Полное выздоровление при исключении повторного контакта с аллергеном.

Задача № 3.

Больной А., 50 лет, работает на укладке асфальта, обратился с жалобами на покраснение кожи лица и шеи, поредение волос, обострение отмечается в летнее время. К врачу не обращался, смазывал кожу кремом для лица.

В настоящее время кожа лица и шеи гиперемирована с фиолетовым оттенком, немного отечна.

На волосистой части головы волосы редкие, имеется шелушение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение.
3. Прогноз заболевания.
4. Рекомендации по трудоустройству.

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. У больного профессиональный фотодерматоз.
2. Лечение: препараты кальция, антигистаминные средства; наружно: охлаждающий крем Унны, пасты, мази с кортикостероидами.
3. Прогноз неблагоприятный при продолжении работы. Для профилактики рекомендуется смазывать кожу фотозащитными кремами до работы.
4. Экспертиза трудоспособности: перевод на работу вне контакта с горячим асфальтом, особенно летом и весной.

Задача № 4.

Больная Ш., 59 лет, санитарка, работает в отделении инфекционной больницы в течение 4 лет. Жалуется на поражение кожи правой руки в 3-ой межпальцевой складке, которая имеет красный цвет, роговой слой набухший, белесоватого цвета, беспокоит зуд и жжение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие лабораторные исследования необходимы?
3. Назначьте лечение.
4. Рекомендации по трудоустройству.

Эталоны ответов к задаче № 4.

1. У больной кандидоз кожи кисти.
2. Необходимо сделать анализ на грибы с кожи межпальцевой складки кисти. Проверить кровь на сахар.
3. Лечение: анилиновые краски, краска Кастелляни, «низорал» крем.
4. Перевод на сухую работу сроком на 2 месяца.

Задача № 5.

При обследовании рабочих автомобильного производства выявлено, что антикоррозийные ациклические аминокислоты нередко являются причиной дерматозов со следующей клинической картиной: высыпания располагаются на коже

межпальцевых складок кистей, сгибательных поверхностях кистей предплечий, реже - на лице. При этом отмечаются эритематозные, сгруппированные папуло-везикулезные элементы, единичные эрозии, серозные корочки. Отмечается выраженная сухость кожи, мелкопластинчатое шелушение, образование поверхностных трещин, значительный зуд.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Что может подтвердить профессиональный характер дерматоза?
4. Что является важнейшим для профилактики рецидивов?

Эталоны ответов к задаче № 5.

1. Профессиональная экзема.
2. Устранить контакт, назначить десенсибилизирующие и антигистаминные препараты, местное лечение.
3. Аллергические пробы. Санитарно-гигиеническая характеристика рабочего места.
4. Перевод на другую работу после заключения профпатолога.

Клинические задачи по теме: Зудящие дерматозы

Задача № 1.

Больная П., 50 лет, обратилась к врачу-дерматологу с жалобами на интенсивный зуд и папулезные высыпания, особенно на коже спины и разгибательной поверхности конечностей, живота и ягодиц. Врач при осмотре обнаружил: папулы располагаются рассеянно, плотной консистенции, полушаровидной формы, величиной с чечевицу, на верхушке которых имеется гемморрагическая корочка.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальная диагностика заболевания.
3. Назначьте лечение.

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Диагноз: Почесуха взрослых.
2. Почесуху взрослых следует дифференцировать с красным плоским лишаем, чешоткой.
3. Обследование на предмет выявления эндокринных нарушений, патологии желудочно-кишечного тракта. Лечение выявленной патологии, антигистаминные, десенсибилизирующие, седативные, топические стероиды кратковременно.

Задача № 2.

Мать ребенка 10 месяцев обратилась к дерматологу по поводу высыпаний на коже. При объективном осмотре обнаружены папулы округлой формы, покрытые гемморрагической корочкой, а некоторые папулы имели на верхушке везикулы, содержащие серозную жидкость. Сыпь преимущественно располагается на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей. Ребенок беспокойный, плачет, капризничает. Со слов матери, ребенок плохо переносит козеин коровьего и материнского молока.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза?
2. Какое лечение должен назначить врач?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. У ребенка детская почесуха (папулы с геморрагической корочкой на разгибательных поверхностях конечностей, непереносимость казеина молока).

2. Диетотерапия: исключить коровье молоко, продолжать грудное вскармливание, включить в питание кисломолочные продукты с молочной кухни. Назначение ферментных препаратов, пробиотиков, антигистаминных, препаратов кальция. Наружно кремы с АСД фракция III, ихтиолом.

Задача № 3.

Больная М., 50 лет, обратилась к дерматологу с жалобами на постоянный выраженный зуд в области голеностопных суставов и половых органов, которые усиливаются при стрессовых ситуациях.

При объективном осмотре обнаружено в центре очага поражения – грубая лихенификация, вокруг которой большое количество мелких папул, а по периферии очагов гиперпигментация.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальная диагностика заболевания.
3. Назначьте лечение.

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. У больной ограниченный нейродермит.
2. Ограниченный нейродермит следует дифференцировать с хронической экземой, веррукозной формой красного плоского лишая.
3. Лечение: седативные, антигистаминные. Наружно топические стероиды, разрешающие мази (дегтярная, нафталановая, с АСД), грязелечение.

Клинические задачи по теме: Псориаз

Задача № 1.

Больной Н., 62 лет, пенсионер, работает механизатором. Поступил с жалобами на поражение всего кожного покрова, чувство стягивания кожи, обильное шелушение, слабость, озноб,

Болен 2 недели. В анамнезе у больного псориаз в течение 10 лет с редкими обострениями и наличием дежурных бляшек на локтях и коленях. Кроме того, в анамнезе язвенная болезнь 12-п кишки 20-летней давности, вне обострения.

У больного в процессе работы был контакт со смазочными материалами и бензином, после чего появилась гиперемия кожи обоих предплечий. Дерматолог госпитализировал больного в ЦРБ, где кожу предплечий, со слов больного, смазывали 33% серной мазью, после чего покраснела вся кожа, и больной был направлен в РКВД.

При поступлении состояние средней тяжести. Температура 37,8°. Поражение кожи носит универсальный характер: весь кожный покров ярко-красного цвета с бурым оттенком, напряжен. Кожа инфильтрирована, отечна, имеется крупно-пластинчатое шелушение, на ладонях и подошвах кожа резко гиперемирована, инфильтрирована, напряжена, ногти атрофичны, крошатся со свободного края. Периферические лимфоузлы увеличены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Его обоснование?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. У больного псориазическая эритродермия. В анамнезе - псориаз, спровоцирована эритродермия контактом со смазочными материалами и нерациональной наружной терапией (33% серная мазь).

2. Лечение больного следует начать с больших доз кортикостероидов в инъекционной форме с учетом наличия язвенной болезни 12-п кишки в анамнезе (90 мг преднизолон в сутки и кеналог-40 1,0 в/м - 1 раз в неделю, препараты калия, бессолевая диета, инфузионная терапия (детоксикационная) - гемодез, реополиглюкин, физраствор) через день внутривенно капельно по 400,0. Возможно подключение цитостатиков - метотрексата по 0,0005г внутримышечно -7 дней под контролем ОАК, перерыв 5 дней, при необходимости цикл повторить. Гепатотропные препараты - эссенциале, лив-52, контроль сахара крови, ПТИ, артериального давления, ФГС для контроля состояния язвы. Наружно - ланолиновый крем с кортикостероидными мазями. Соскоб с языка на грибы рода кандиды.

3. Прогноз - для жизни благоприятный, но лечение будет длительным, возможна инвалидизация больного, развитие осложнений на фоне длительного приема больших доз кортикостероидов.

Задача № 2.

Больной В., 36 лет, поступил с жалобами на наличие высыпаний на волосистой части головы, туловище, конечностях, которые появились 10 ноября после переохлаждения. Болен 5 лет, но такие высыпания появились впервые. Аналогичным заболеванием страдает дядя.

Поражение носит распространенный характер. На волосистой части головы, груди, спине, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей имеются папулы ярко-красного цвета, размерами 0,2 x 0,2 до 0,7 x 0,7см, местами сливающиеся в бляшки 2x3 и 3x4 см, по периферии элементов выражен венчик роста. На поверхности папул и бляшек – массивные чешуе-корки. Псориазическая триада вызывается. Феномен Кебнера положителен. Ногти кистей и стоп с наперстковидной истыканностью, грязно-серого цвета с подногтевым гиперкератозом.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Профилактика?

Эталонные ответы к задаче № 2.

1. У больного диссеминированный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия, осенне-зимняя форма.

2. Лечение: десенсибилизирующие, антигистаминные, мочегонные, препараты калия, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, затем присоединение иммуностимулирующих средств – пирогенал, аутогемотерапия, витаминотерапия. Наружно- 3% серная мазь. Физиолечение: элекросон в прогрессирующей стадии. Общее УФО в регрессивной стадии.

3. Диспансерное наблюдение у дерматолога, избегать переохлаждения и стрессов, противорецидивное лечение осенью (витаминотерапия, иммуностимуляторы, общее УФО).

Задача № 3.

Больной Л., 40 лет, слесарь, поступил в РКВД с жалобами на наличие высыпаний на конечностях и туловище. Болен 10 лет. Служил в армии. Неоднократно лечился в ГКВД и амбулаторно, отмечает обострение заболевания осенью.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Органы дыхания и сердечно-сосудистой системы, пищеварения без особенностей. АД 130/70 мм рт ст. В анамнезе других заболеваний нет.

Поражение носит распространенный характер: на коже живота, спины, ягодиц, разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, преимущественно в области коленных и локтевых суставов имеются бляшки размерами 2х3 – 4х6 см, ярко-красного цвета, с четкими границами, покрытые чешуе-корками, по периферии бляшек выражен венчик роста. При поскабливании псориазическая триада вызывается. На подошвах и ладонях мощные гиперкератотические наслоения. Пальца кистей сгибаются с трудом. Межфаланговые суставы кистей и стоп деформированы, на стопах пальцы укорочены, в суставах не сгибаются. Ногти кистей и стоп утолщены, грязно-серого цвета, с выраженным онихогрифозом, напоминают когти птиц. КСР отрицателен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Диссеминированный псориаз, прогрессирующая стадия, осенне-зимняя форма. Псориазическая артропатия.

2. Лечение: кортикостероиды в комбинации с метотрексатом, инфузионная детоксицирующая терапия (гемодез, реополиглюкин), печеночные препараты, препараты калия, бессолевая диета. Наружно: ланолиновый крем с кортикостероидными мазями. Рентгеновские снимки, консультация ревматолога.

3. Прогноз: возможно формирование анкилозов и мутилирующих изменений суставов, инвалидизация больного. Необходимо лечение и наблюдение у дерматолога и ревматолога.

Задачи для студентов педиатрического факультета по теме: "Псориаз. КПЛ"

Задача № 4

Больной Т., 14 лет. Поступает в очередной раз в стационар КВД с жалобами на поражение всего кожного покрова, зуд кожи различной интенсивности, боли и деформации коленных и локтевых суставов.

Ребенок родился от второй беременности, в срок, доношенным, находился на грудном вскармливании. В возрасте 10 мес. появились первые высыпания на туловище, в/ч головы, в крупных складках в виде ограниченных очагов отечной эритемы, инфильтрации и папул с наслоением чешуекорок. Лечение гистаглобулином спровоцировало возникновение эритродермии в возрасте 1 год 8 мес.

Объективный статус: физическое развитие ребенка значительно отстает от нормы и соответствует развитию 10-летнего. Кожный покров гиперемирован, инфильтрирован, имеется обильное шелушение. Кожа сухая, напряженная, движения приводят к образованию мелких трещин, особенно в области локтевых и подколенных сгибов. Диффузное поражение кожи лица делает его маскообразным, нижние веки эктропированы. Выпадение ресниц и частая закупорка носослезного канала чешуйками вызывает у ребенка конъюнктивиты и слезотечение. Ногтевые пластинки утолщены, серо-грязного цвета, исчерчены. Беспокоит постоянный зуд кожи, различной по интенсивности. Страдает ознобом. Температура тела субфебрильная (37,3°). Вследствие поражения суставов и постоянного их щажения ребенок выработал своеобразную походку: ходит осторожно, высоко поднимая плечи, с полусогнутыми ногами. На рентгенограммах на фоне возрастного отставания процессов окостенения обнаружен остеопороз в эпифизарных зонах плечевых костей, костей предплечья, голени с наличием очагов деструкции, кистозных полостей и деформацией метафизарных зон.

Школу ребенок не посещает, организовано обучение на дому.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Эталоны ответов к задаче № 4.

1. Диагноз: Псориатическая эритродермия с поражением ногтевых пластинок, псориатический полиартрит.

2. Лечение: десенсибилизирующие, антигистаминные препараты, дезинтоксикационная терапия, седативные средства, витаминотерапия, нестероидные противовоспалительные препараты (применение кортикостероидов детям не рекомендуется из-за их неэффективности и тяжелых побочных эффектов, имеется в виду применение внутрь, наружно на короткий срок можно назначать индифферентные кремы с добавлением кортикостероидных мазей в низкой концентрации.

3. Прогноз в этом случае для выздоровления и жизни неблагоприятный, к 14 годам уже наступила инвалидизация больного, процесс будет прогрессировать, возможно формирование анкилозов и мутилирующих изменений суставов. У таких больных формируется иммунодефицитное состояние, клиническим проявлением которого являются частые пневмонии, осложнение кожного процесса пиококковой инфекцией, выявление стафилококка в крови. В процессе заболевания нарастает сенсibilизация организма, развивается непереносимость многих лекарственных препаратов, в том числе и антибиотиков, лечение таких больных со временем становится проблематичным.

Клинические задачи по теме: Красный плоский лишай

Задача №1.

Больной Б., 62 лет, пенсионер, работал строителем, заболел остро. Много лет страдает гипертонической болезнью. На месте укола 25% раствора сернокислой магнезии появились зудящие высыпания, постепенно сыпь распространилась по всему телу. Обратился к дерматологу по месту жительства. В связи с выраженностью зуда и подозрением на чесотку больной был обработан 20% раствором бензил-бензоата – без эффекта. Больной был направлен в КВД.

При поступлении: жалобы на сильный зуд. Больной правильного телосложения, резко повышенного питания – вес 103 кг при росте 178 см. Общее состояние удовлетворительное. Органы дыхания без патологии. Артериальное давление 180/90 мм рт. ст. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, живот вздут, болезненный по ходу толстой кишки. Дермографизм красный, стойкий. Эмоционально лабилен. ОАК и ОАМ в норме, сахар крови 8,0 ммоль/л, тимоловая проба 5 ед, остальные биохимические показатели крови в норме. КСР отрицателен. Состоит на учете у терапевта по поводу гипертонической болезни. Повышение сахара в крови выявлено впервые.

Поражение кожи носит распространенный характер. Поражена кожа туловища, конечностей, половых органов, где имеются папулы размерами 3x3, 4x4 мм, сливающиеся в бляшки на коже поясницы, ягодиц, передней поверхности голеней, сгибательных поверхностей предплечий. Папулы и бляшки темно-красного цвета с синюшным оттенком, некоторые элементы имеют пупкообразное вдавление в центре, характерный блеск при боковом освещении, на поверхности папул после смазывания растительным маслом – сетка Уикхема. Феномен Кебнера положителен: имеется высыпание папул на местах расчесов в области ягодиц и на местах инъекций. Шелушение в области высыпаний не выражено. Субъективно: сильный зуд, лишаящий сна. На слизистой щек по линии смыкания зубов имеются эрозии, вокруг которых на

гиперемированном отечном основании располагаются в виде рисунка мелкие беловато-серые папулы. Эрозии полигональной формы и неправильных очертаний, покрыты фибринозным налетом, малоблезненны.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Лечение?
4. Прогноз?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. У больного: Распространенный красный плоский лишай с эрозивной формой поражения слизистой полости рта в сочетании с сахарным диабетом и гипертонической болезнью (Синдром Гриншпана).

2. У данного больного высыпания КПЛ следует дифференцировать с папулезным сифилидом. При сифилисе папулы имеют округлую форму, медно-красный цвет, шелушатся по периферии по типу воротничка Биетта, могут сопровождаться мокнутием, характерен полисклерадент и положительные КСР. Зуд не характерен. На слизистых сифилитические папулы крупные, округлой или овальной формы, поверхность их покрыта серовато-белым налетом, который снимается, на поверхности обнаруживаются бледные трепонемы, КСР положительны.

Высыпания на слизистой полости рта следует дифференцировать с лейкоплакией, при этом следует учитывать, что на слизистой щек имеется ороговение в виде сплошной бляшки серовато-белого цвета, нет рисунчатого характера поражения, очаг имеет форму треугольника, вершиной обращенной вглубь рта, очаг имеет вид серовато-белой, как бы наклепленной пленки, которая не снимается. При кандидозе слизистой рта образуются очаги с белесоватым творожистым налетом, плотноватой, легко снимающейся пленкой, в которой микроскопически обнаруживаются скопления почкующихся дрожжевых клеток и нитей псевдомицелия.

Эрозивную форму КПЛ следует дифференцировать с эрозиями при пузырчатке. Положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках акантолитических клеток, а при КПЛ присутствие характерных папулезных элементов на слизистой полости рта и коже помогает в правильной диагностике.

Папулезные высыпания при псориазе - розово-красного цвета, сливаются в крупные бляшки, преимущественная локализация - на разгибательных поверхностях конечностей, покрыты серебристо-белыми чешуйками, положительна триада Ауспица, слизистые оболочки поражаются редко (у 2% больных).

3. У данного больного лечение следует начинать с обследования у эндокринолога, назначения противодиабетической диеты, и по рекомендации эндокринолога - одного из противодиабетических препаратов. Следует контролировать АД, применять гипотензивные средства. Проконсультировать больного у гастроэнтеролога, лечить патологию ЖКТ (фестал, метионин, липокаин, эссенциале) длительно.

Кортикостероиды данному больному противопоказаны (сахарный диабет, лишний вес). Показаны антигистаминные препараты, водорастворимый пенициллин (12 млн ЕД на курс). Физиотерапия противопоказана в связи с повышением АД. Наружно: кортикостероидные мази, взбалтываемые взвеси, 0,5% раствор ментола, на слизистую рта - желе солкосерила.

4. Данное заболевание имеет хронический характер и может продолжаться годами. У данного больного большое значение имеет лечение соматической патологии.

Задача № 2.

Больной П., 48 лет, инженер, обратился к дерматологу с жалобами на появление высыпаний на сгибательных поверхностях предплечий 2 недели назад. Заболевание

связывает с переживаниями в связи с неприятностями на работе. Из перенесенных заболеваний отмечает: болезнь Боткина в 24 года, хронический колит, дискинезию желчевыводящих путей.

Объективно: правильного телосложения, повышенного питания. Живот болезненный при пальпации по ходу нисходящей ободочной кишки, печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги. Слизистая полости рта свободна от высыпаний. На коже сгибательных поверхностей обоих предплечий имеются полигональной формы синюшно-красного цвета папулы размером 3х3 мм. Имеется характерный блеск при боковом освещении. При смазывании папул растительным маслом определяется сетчатый рисунок (сетка Уикхема). В центре некоторых элементов – пупкообразное вдавление. На месте линейных расчесов имеется высыпание папул размерами 1х1 мм (феномен Кебнера положителен). Шелушение папул не выражено. Остальные участки кожи и слизистых свободны от высыпаний. Субъективно: выраженный зуд. ОАК и ОАМ в норме, биохимия крови: тимоловая проба – 6 ед (при норме 0-4 ед), сулемовая проба 4,0 мл (при норме 1,2-2,2 мл), холестерин 6,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. Гистопатология при данном заболевании?
3. Назначьте лечение данному больному.
4. Каковы мероприятия по профилактике рецидивов у данного больного?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. У больного КПЛ, типичная форма. Диагноз поставлен на основании наличия типичных высыпаний на сгибательной поверхности предплечий, характерного блеска папул и положительного феномена Кебнера, сильного зуда и возникновения заболевания после стресса, наличия у больного патологии ЖКТ.

2. Неравномерно выраженный акантоз с заострением эпидермальных отростков, что создает впечатление пилы, гиперкератоз с участками паракератоза, гранулез - увеличение рядов клеток зернистого слоя. В сосочковом слое - диффузный воспалительный инфильтрат, состоящий почти исключительно из лимфоцитов, с небольшим количеством полиморфноядерных лейкоцитов и гистиоцитов.

3. Патогенетическое лечение состоит в первую очередь из назначения седативных препаратов (3% раствор бромид натрия, микстуры Кватера, траквеллизаторы (тазепам), из физиолечения больному показан электросон. Следует проводить лечение патологии ЖКТ (эссенциале, церукал, аллохол, диета № 5). Можно назначить пресоцил 2т х 3раза в день - 5-6 недель, 1% раствор никотиновой кислоты по 1,0 внутримышечно № 10. Наружно: кортикостероидные мази, натирания 0,1% раствором ментола.

4. Профилактика рецидивов у данного больного состоит в предупреждении стрессовых ситуаций и нервного перенапряжения, своевременном лечении заболеваний ЖКТ, полезно санаторно-курортное лечение.

Задача № 3.

Больной А., 23 лет, сельский житель. Поступил в КВД с жалобами на наличие высыпаний на передней поверхности голени и слизистой рта. Болен 1 год. Не лечился, заболевание ни с чем не связывает.

При осмотре: правильного телосложения, удовлетворительного питания, общее состояние удовлетворительное. Органы дыхания, сердечно-сосудистой системы, пищеварения без патологии. Общий анализ мочи, крови, биохимические показатели крови без отклонений от нормы, КСР отрицателен.

Поражение носит ограниченный характер: поражена кожа передней поверхности голени и слизистая оболочка полости рта. На передней поверхности обеих голени

имеются 3-4 бородавчатоподобных образований, возвышающихся над уровнем кожи, округлых и овальных очертаний, цвет очагов застойно-красный, с цианотичным оттенком, размеры очагов 3x4 см. По краю очагов – узкая полоска гладкой поверхности кожи с единичными лихеноидными папулами полигональной формы. На слизистой щек на фоне мелких беловато-серых папул, образующих сеточку, имеются сплошные очаги ороговения с четкими границами. Субъективно: зуд высыпаний на голених и сухость слизистых полости рта.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Лечение данного больного?

Эталоны ответов к задаче №3.

1. У больного гипертрофическая форма КПЛ на коже и гиперкератотическая форма КПЛ на слизистой полости рта.

2. Гипертрофическую форму КПЛ следует дифференцировать с бородавчатым туберкулезом кожи, хромомикозом и почесухой.

При бородавчатом туберкулезе кожи локализация очагов - на тыле кистей и стоп, процесс заканчивается образованием гладких, поверхностных рубцов, чего не бывает при КПЛ. Очаги бородавчатого туберкулеза имеют три зоны – центральную - бородавчатую, среднюю - гладкую сиренево-красной окраски в виде пояса, окружающего бородавчатый центр, и периферическую в виде воспалительного ореола, окружающего очаг поражения.

Хромомикоз имеет сходство с КПЛ в связи с его локализацией очагов преимущественно на нижних конечностях у мужчин. Но очаги при хромомикозе имеют буроватую окраску, медленно и неуклонно увеличиваются в размерах, образуя опухолевидную бляшку с вегетациями на поверхности и воспалительным инфильтратом по периферии, имеющую склонность к изъязвлению, формированию рубцов и развитию фиброза жировой клетчатки. В отделяемом очага и в гистологическом препарате обнаруживается возбудитель заболевания в виде сферических телец желтоватого цвета. При посевах выделяют культуры гриба: *Fonsecaea pedrosoi*.

Узловатая почесуха отличается более интенсивным, иногда биопсирующим зудом, очаги поражения представлены четко ограниченными выпуклыми папулами, поверхность которых покрыта кровянистыми корками. При этом отсутствуют типичные полигональные папулы на других участках кожного покрова и слизистых оболочках.

Гиперкератотическую форму КПЛ на слизистых следует дифференцировать с веррукозной, бляшечной формой лейкоплакии слизистой полости рта, когда очаг лейкоплакии расположен на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов. При лейкоплакии процесс ороговения значительно выражен. Пораженный участок выступает над окружающей слизистой, имеет более интенсивный сероватый цвет. При пальпации наблюдается уплотнение.

Гиперкератотическую форму КПЛ следует дифференцировать с псевдомембранозной формой кандидоза. При КПЛ пленка на слизистой состоит из сливающихся между собой полигональных папул, обусловлена гиперкератозом слизистой и не удаляется даже при энергичном поскабливании. Белый налет при кандидозе состоит из десквамированных клеток эпителия, фибрина, дрожжевого мицелия, бактерий. Легко удаляется, после чего обнажается розовато-красное пятно. В анамнезе у больных кандидозом - длительный прием антибиотиков или кортикостероидов, сахарный диабет, гиповитаминозы.

3. При гипертрофической форме КПЛ наряду с антигистаминными, седативными препаратами и витаминами, наружно следует применять дегтярно-нафталиновые, ихтиоловую мази, аппликации 33% трихлоруксусной кислоты, подофиллина, компрессные повязки с 30% проспидиновой мазью.

Применяется лечение лазером - 20-25 процедур, криотерапия, диатермокоагуляция. На слизистые - витамин А в масле, каротолин, масло шиповника, 5% метилурациловая мазь, желе и мазь солкосерила, витамин Е в масле.

Задача № 4 (для педиатрического факультета).

Больной М., 8 лет, школьник, обратился к дерматологу с жалобами на наличие высыпаний в пахово-бедренных складках и межпальцевых складках стоп, сопровождающихся зудом. Высыпания появились месяц назад, после перенесенной ангины. К врачам не обращались, не лечились. У отца - псориаз.

Во время осмотра состояние больного удовлетворительное. При физикальном исследовании патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Очаги расположены в пахово-бедренных и межпальцевых складках стоп. Имеют четкие границы, гладкую поверхность, насыщенно-красного цвета, слегка влажную, мацерированную в м/п складках, где имеются поверхностные трещины с серозно-геморрагическим отделяемым. Инфильтрация в очагах незначительная. Псориатическая триада сомнительна. Других высыпаний на коже и слизистых нет. Микроскопически грибы с очагов не обнаружены. МР - отрицательна. ОАК и ОАМ - без патологии.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Клинические особенности данного случая?
4. Лечение?

Эталонные ответы к задаче 4.

1. У больного М.: "Псориаз пахово-бедренных и межпальцевых складок стоп (инвертная форма псориаза), прогрессирующая стадия, впервые выявленный. Диагноз выставлен на основании клинической картины (высыпания такой локализации, сопровождающиеся зудом, характерны для детей), заболевание имеет семейный характер (у отца больного - псориаз), микоз складок исключен (грибы с очагов не обнаружены).

2. Псориаз складок следует отличать от кандидоза, рубромикоза и паховой эпидермофитии. Кандидоз крупных складок протекает острее, поверхность очагов более яркая, границы их менее четкие, по периферии очагов наблюдается отслойка мацерированного слоя, многочисленные мелкие очажки пятнисто-везикулезного характера (так называемые отсева). От рубромикоза псориаз складок отличается отсутствием прерывистого периферического валика по периферии очагов, отрицательным анализом на грибы.

Паховая эпидермофития протекает острее, особенно в начале заболевания, сопровождается зудом, границы очагов поражения полициклические. Микроскопически и культурально обнаруживаются грибы.

При интертригинозной форме микозов стоп в м/п складках наблюдается мацерация, трещины, шелушение без четких границ, грибы микроскопически обнаруживаются

3. Инвертная форма псориаза - расположение бляшек в складках, а не на разгибательных поверхностях конечностей, У детей наблюдается меньшая инфильтрация бляшек, псориатическая триада может не вызываться даже в прогрессирующей стадии, шелушение в очагах в складках не выражено.

4. Лечение в данном случае состоит в назначении антигистаминных, десенсибилизирующих препаратов, седативных средств, витаминов, наружно - применение анилиновых красителей с переходом на индифферентные кремы, возможно добавление стероидных мазей на короткое время в низкой концентрации.

Задача № 5

Больной И., 9 лет, поступил в КВД с жалобами на появление на коже туловища и конечностей высыпаний в виде узелков красного цвета, пузырьков и пигментных пятен. Субъективно - умеренный зуд.

Заболел 3 месяца назад, после перенесенной психической травмы, первые элементы сыпи появились на коже туловища и конечностей. После перенесенного ОРЗ процесс обострился, появились пузырьки и пузыри, пигментные пятна, обратились к дерматологу по месту жительства, были направлены в КВД для обследования и лечения.

В анамнезе аппендэктомия в 6 лет, частые ОРЗ, ангины. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

На слизистой оболочке полости рта по линии смыкания зубов, на деснах - множество мелких перламутрового цвета папул неправильной формы, образующих сетчатый рисунок. На коже боковых поверхностей туловища, сгибательных поверхностей предплечий имеется большое количество папул полигональной формы размером до 0,5 см синюшно-красного цвета с пуп-кообразным вдавлением в центре. Наряду с этими элементами на коже предплечий, передней поверхности голеней имеются пузырьки, расположенные в некоторых случаях на папулах, а чаще на неповрежденной коже (симптом Никольского отрицателен). Содержимое пузырьков ссыхается с образованием корочек. Кроме папул и пузырьков имеется большое количество темно-коричневого цвета пигментных пятен с неровными контурами, появившихся на неизменной коже. ОАК и ОАМ без патологии. В мазках-отпечатках акантолитических клеток не обнаружено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Гистопатология при данном заболевании?
3. Лечение?

Эталонные ответы к задаче 5.

1. У больного И., - Распространенный красный плоский лишай, с поражением слизистой полости рта и кожи, пигментно-пемфигоидная форма.

2. Патогистология: акантоз, эпидермальные сосочки сглажены, гиперкератоз, гипергипергранулез. В базальном слое явления вакуольной дистрофии, в верхней трети дермы - лимфоцитарный инфильтрат, имеются меланофаги и свободно лежащий пигмент.

3. Лечение: пресоцил, аспаркам, метионин, антигистаминные препараты, наружно - анилиновые краски, кремы с добавлением стероидных мазей в низкой концентрации.

Задача № 6

Больная С., 40 лет, инженер, направлена в РКВД на консультацию стоматологом, у которого лечилась год с диагнозом кандидоз слизистой полости рта, без эффекта.

Больная предъявляет жалобы на чувство жжения и болезненность при приеме острой и горячей пищи.

В анамнезе хронический холецистит, хронический колит. Систематического лечения по поводу заболеваний ЖКТ не получает.

Объективно: больная правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы свободны от высыпаний.

Поражена слизистая верхней губы и верхней десны. На слизистой десны имеются очаги застойной гиперемии, несколько выступающие над окружающей слизистой за счет воспалительного инфильтрата и отека: на их поверхности определяется слабовыраженное помутнение эпителия в виде белесоватого налета, не снимающегося при поскабливании шпателем. На поверхности очагов расширены устья слюнных желез, вся верхняя губа слегка отечна. На верхней десне соответственно резцам десневые сосочки утолщены,

слегка отечны, гиперемированы. Десны пастозны, при легкой травматизации кровоточат, при потирании шпателем легко эрозируются. На поверхности сосочков видна нежная белесоватая сеточка. Субъективно: жжение и болезненность.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Лечение данной больной?

Эталоны ответов к задаче № 6.

1. У больной атипичная форма красного плоского лишая слизистой полости рта.
2. Атипичную форму КПЛ нужно отличать от вульгарной пузырчатки с проявлениями на слизистой оболочке полости рта, когда специфические ярко-красные эрозии располагаются на вестибулярной десне верхней челюсти. Но положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках клеток Тцанка, а также соответствующего поражения кожи дают возможность провести дифференциальную диагностику.

Атипичную форму КПЛ - следует отличать от хронического атрофического кандидоза. В некоторых случаях клиника и жалобы больного могут быть сходными. Взятие соскоба и посев с пораженных участков облегчают диагностику.

3. Больную прежде всего следует обследовать у гастроэнтеролога и лечить выявленную патологию желудочно-кишечного тракта, следует исключить прием острой, горячей пищи, алкоголя.

Внутрь прием делагила по 0,25 x 2-3 раза в день - 1 месяц в комплексе с витамином А, солкосерилом. Десенсибилизирующие и седативные препараты, иммунокорректоры. Местно возможно применение эйконола-концентрированного рыбьего жира - 6 граммов в сутки 4 месяца.

Клинические задачи по теме: Розовый лишай Жибера.

Задача № 1.

Больная К., 23 года, жалуется на появление высыпаний на коже туловища. Субъективных расстройств нет. Свое заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: в области туловища, плечевого пояса большое количество пятен овальной формы размерами 8 мм x 4 мм. В области груди пятна расположены параллельно ребрам (линии натяжения). В области левой лопатки пятно розового цвета размером с детскую ладонь, которая появилась за неделю до обильных высыпаний. В центре пятен отмечается шелушение в виде смятой папиросной бумаги.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Назначьте лечение.

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Розовый лишай Жибера.
2. Отрубевидный лишай, токсикодермия, вторичный период сифилиса.
3. Исключение водных процедур, антигистаминные препараты внутрь, кортикостероидные кремы - наружно.

Клинические задачи по теме: Пиодермиты

Задача № 1.

Больной А., 15 лет обратился к дерматологу с жалобами на поражение кистей. Болен 10 дней. Не лечился. Мыл руки с мылом, считая, что таким образом сможет избавиться от болезни.

При осмотре: на коже кистей имеются дряблые пузыри с гнойным содержимым и венчиком гиперемии по периферии, гнойные корки соломенно-желтого цвета, эрозии с серозно-гнойным отделяемым, увеличены и болезненны подмышечные лимфоузлы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Как называется первичный элемент сыпи при данном заболевании?
3. Что способствовало дальнейшему распространению высыпаний?
4. Назначьте лечение больному.

Эталонные ответы к задаче № 1.

1. У больного стрептококковое импетиго кистей, осложненное лимфаденитом.
2. Пустула при стрептококковом импетиго называется «фликтена».
3. Водные процедуры.
4. Исключить контакт с водой. Местно: анилиновые красители, пасты с добавлением антибактериальных мазей (фуцидин, банеоцин, гентамициновая и др.). Поскольку имеется лимфаденит, следует назначить антибиотик по результатам посева и определения чувствительности выделенной флоры к антибиотикам (макролиды, линкозамиды и т. д).

Задача № 2.

Больная Б, 17 лет, обратилась к дерматологу с жалобами на наличие болезненного образования на лице. Больна неделю. На лице в области носогубного треугольника появился «гнойничок», который больная пыталась выдавливать, наносила тональный крем. Усилилась болезненность и отек в области высыпания, больная стала принимать самостоятельно тетрациклин и обратилась к врачу.

При осмотре: в области носогубного треугольника справа имеется болезненное возвышение с инфильтрацией, кожа ярко-красного цвета, отечна, в центре инфильтрата – пустула.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие возможны осложнения?
3. Какова тактика ведения таких больных?
4. Когда следует прибегать к оперативному вмешательству при этом заболевании?

Эталонные ответы к задаче № 2.

1. У больной фурункул лица (область носогубного треугольника).
2. При такой локализации создаются условия для развития сепсиса или тромбоза поверхностных и глубоких вен лица, имеющих прямые анастомозы с синусом мозга. При несвоевременном и нерациональном лечении фурункулов лица процесс может протекать злокачественно и приводить к летальному исходу.
3. При локализации фурункула на лице необходима госпитализация в хирургический стационар (особенно в области носогубного треугольника) с парентеральным введением антибиотиков широкого спектра действия. Наружное лечение проводится в зависимости от стадии развития фурункула (созревания, разрешения, заживления). На стадии созревания на фурункул накладывается чистый ихтиол, сверху прикрытый кусочком ваты – так называемая «ихтиоловая лепешка», которая меняется 1 раз в сутки (смывается теплой водой). Такое лечение продолжается до полного рассасывания инфильтрата (если лечение было начато рано) или отторжения гнойно-некротического стержня. После чего для удаления остатков гноя на язву

накладывают повязку с гипертоническим раствором натрия хлорида (10%), после очищения язвы применяют антибактериальные мази. УВЧ и УФО показаны в стадии созревания и после отхождения гнойно-некротического стержня.

4. Хирургическое лечение (вскрытие) показано при абсцедирующем фурункуле.

Задача № 3.

Мужчина считает себя больным в течение 3 недель. На месте укола ладони проволокой образовалась болезненное, кровоточащее при малейшей травме опухолевидное образование.

При осмотре: на ладонной поверхности кисти в области пястно-фалангового сустава имеется опухолевидное образование размером 0,5 см с бугристой поверхностью, ярко-красного цвета, кровоточащее при травматизации. При гистологическом исследовании в дерме многочисленные расширенные новообразованные капилляры с пролиферацией эндотелия, расположенные в отечной соединительной ткани с воспалительным инфильтратом. Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Каково современное представление об этом заболевании?
3. Назначьте лечение больному.

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Пиогенная гранулема (ПГ).

2. Высказывается суждение, что название пиогенная гранулема – неудачно: это опухоль, состоящая из грануляционной ткани небактериального происхождения и не является истинной гранулемой. Правомочно такое определение заболевания: ПГ – приобретенное опухолевидное доброкачественное образование сосудистого происхождения мезенхимальной природы, возникающее после пиококковой инфекции в ответ на травму кожи, оно очень напоминает грануляционную ткань с множеством кровеносных сосудов, покрытую истонченным эпидермисом. Заболевание описывается как атипичная форма пиодермии или как разновидность ангиом.

3. Лечение: ПГ на широкой ножке удаляют с помощью электрокоагуляции, крио- и лазеродеструкции, хирургического иссечения.

Клинические задачи по теме: Угри

Задача № 1.

На прием обратился молодой человек 17 лет с жалобами на высыпания на лице, спине и груди, появление которых впервые отметил около двух лет назад. Не лечился, так как у отца в юношеском возрасте были аналогичные высыпания, которые самостоятельно прошли. Из семейного анамнеза известно, что отец в настоящее время страдает сахарным диабетом. При осмотре: кожа лица, верхней части груди и спины повышенной сальности, выводные протоки сальных желез зияют, некоторые закупорены комедонами. Имеются многочисленные фолликулярные папулы и пустулы, а также ярко-розовые, болезненные, величиной с крупную горошину, инфильтрированные узлы с пустулой на вершине, кровянисто-гнойные корочки, округлые рубцы, гиперпигментированные пятна.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Тактика лечения.
3. Тактика амбулаторного наблюдения пациента.

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Вульгарные угри папуло-пустулезная, индуративная форма.

2. Посев флоры пустул на чувствительность к антибиотикам, антибиотики внутрь 1—1,5 мес., местно — «Скинорен», мазь «Риодокосол». При малой эффективности назначают изотретиноин внутрь из расчета 0,5—1 мг/кг (максимальная суточная доза — 60—80 мг) 1 р/сут, 2-4 нед.

В дальнейшем дозу постепенно снижают (кумулятивная доза не должна превышать 150 мг/кг). Общая продолжительность лечения составляет 4—6 мес.

3. Обследование у эндокринолога, терапевта для исключения патологии внутренних органов.

Задача № 2.

Больной Ш., 17 лет, учащийся колледжа, обратился в РКВД с жалобами на поражение волосистой части головы, сопровождающееся выпадением волос.

Болен в течение года. На волосистой части головы в области затылка появились высыпания гнойничкового характера, которые то проходили, то вновь появлялись в течение года без лечения, затем стали появляться крупные узлы с выпадением волос в их области. Больной впервые обратился к дерматологу. С предположительным диагнозом пиодермии лечился доксициклином в течение двух недель с выраженной положительной динамикой. Однако эффект от лечения был нестойким, и больной вновь обратился к дерматологам.

При поступлении в РКВД: поражение носит хронический воспалительный характер и локализовано на волосистой части головы, преимущественно в теменной и затылочной областях. Высыпания представлены связанными с волосными фолликулами папулами красного цвета, размером до 0,6 см, полушаровидной и конической формы, увенчанными пустулами, полушаровидными узлами округлых очертаний, достигающих 3,5 см в диаметре. Кожа над ними практически полностью лишена волос, розовой окраски, гладкая, натянутая. Консистенция узлов мягкая, тестоватая, при сдавлении некоторых из них отмечается выделение гноя из отверстий, расположенных на поверхности узлов и прикрытых гнойными корочками. Между отдельными узлами располагаются участки кожи с явлениями рубцовой атрофии. Волосы и ногти не поражены. Субъективно отмечается легкая болезненность при пальпации узлов.

При обследовании: общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови — без патологии. КСР, РИБТ, РИФ-200, РИФ-абс. — отрицательны. При исследовании содержания в сыворотке крови тестостерона, эстрадиола, прогестерона, ЛГ, ФСГ, пролактина, кортизола отклонений от нормы не выявлено.

При посеве гноя обнаружен рост *St. epidermidis*, чувствительный к эритромицину, тетрациклину, доксициклину, ципрофлоксацину. При микроскопии волос грибы не обнаружены, при посеве на питательные среды роста грибов нет.

Гистологическое исследование: эпидермис с явлениями акантоза, гиперкератоза. В дерме — участки некроза и нагноения, периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты с единичными гигантскими клетками типа инородных тел. Фолликулы многочисленные, некоторые атрофичны, остальные имеют обычное строение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каково современное представление о данном заболевании?
3. Какова тактика лечения больного?

Эталонные ответы к задаче № 2.

1. У больного абсцедирующий и подрывающий перифолликулит Гофмана (АППГ).
2. До 50-х годов это заболевание рассматривалось как пиодермия кожи, вызванная неспецифической флорой кожи. В настоящее время АППГ вместе с конглобатными угрями и гнойным гидраденитом признан атипичной формой угревой болезни с ее атрибутами — фолликулярным ретенционным гиперкератозом, образованием

комедоноподобных масс в фолликуле, разрывом стенки фолликула и гнойным воспалением перифолликулярного пространства.

3. Лечение доксициклином при АППГ дает временный эффект. В качестве базисной терапии показан *Изотретиноин внутрь из расчета 0,5—1 мг/кг (максимальная суточная доза- 60—80 мг) 1 р/сут, 2-4 нед.*

В дальнейшем дозу постепенно снижают (кумулятивная доза не должна превышать 150 мг/кг). Общая продолжительность лечения составляет 4—6 мес.

Узлы пунктировать с эвакуацией гнойного содержимого, аппликации чистого ихтиола, диметилсульфоксида в сочетании с левомецетином, кеналогом, лидазой.

Клинические задачи по теме: Розацеа.

Задача № 1.

Больной С., 1959 года рождения, житель Москвы, 5 апреля 1999 г. обратился в клинику кожных болезней ММА им. И. М. Сеченова с жалобами на высыпания на коже лица. Считает себя больным с 1982 г. Тогда он впервые заметил гиперемию на носу, подбородке, щеках. Через год на указанных местах появились узелки. Дерматологом по месту жительства был поставлен диагноз: розацеа, эритематозно-папулезная стадия; проводили лечение трихополом, наружными средствами с временным положительным эффектом. В связи с обострением процесса в 1987 г. впервые находился на стационарном лечении в клинике кожных болезней ММА им. И. М. Сеченова. Последующие госпитализации в 1989, 1993, 1995, 1996 гг. Получал трихопол, эритромицин, беллоид, наружно: 2% серно-дегтярную и трихополовую пасты, мазь Вилкинсона, мазь ЯМ, раствор "Акнемицин". После каждого проводимого лечения отмечалось временное непродолжительное улучшение. В октябре 1997 г. и в мае 1998 г. в связи с утяжелением клинических проявлений стационарно был проведен курс плазмафереза с выраженным положительным эффектом, однако очередное сильное обострение заболевания наступило в январе 1999 г.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 120 кг. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Пульс 74 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Стул регулярный, оформленный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Локальный статус: поражение кожи хронического воспалительного характера. Сыпь обильная, симметричная, локализуется на лице. На фоне разлитой эритемы располагаются мелко- и среднетельные телеангиоэктазии, многочисленные папулы, пустулы, а также крупные, глубоко залегающие узловатые образования синюшно-красного цвета размером до 1 см в диаметре. Субъективно: чувство жжения.

При обследовании: клинический и биохимический анализы крови без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Какие побочные явления следует ожидать при лечении изотретиноином?
4. Какова тактика лечения в дальнейшем?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Клинический диагноз: конглобатная розацеа.
2. В связи с отсутствием стойкого эффекта от ранее проводимого лечения, тяжестью кожного процесса, отсутствием противопоказаний был назначен изотретиноин *reg os* в суточной дозе 60 мг (из расчета 0,5 мг на 1 кг массы тела).

3. Побочные явления при лечении изотретиноином проявляются в виде ретиноидного дерматита, хейлита, конъюнктивита, алопеции, фотосенсибилизации, артралгии и миалгии, гиперостоза костей скелета, повышения триглицеридов, холестерина, билирубина и печеночных ферментов, тератогенности у женщин.

4. На 10-й день от начала терапии, как правило, наблюдается обострение в виде появления новых папулезных и пустулезных высыпаний на лице, множественных серозно-гнойных корочек, больные отмечают сухость кожи и слизистых оболочек. Через месяц после начала терапии наступает стойкий клинический эффект. В течение следующих 3-х месяцев дозу препарата постепенно снижают до поддерживающей — 10 мг/сут, которую сохраняют на протяжении заключительного месяца лечения. В результате 4-месячной терапии отмечается практически полный регресс воспалительно-инфильтративных и нодозных высыпаний.

Задача № 2.

На прием обратилась женщина 53 лет с жалобами на сыпь в области лица. Впервые отметила появление единичных высыпаний около трех лет назад. Не лечилась, так как высыпания самостоятельно проходили. Однако последние 3-4 месяца их количество заметно увеличилось, особенно после ультрафиолетового облучения. Последний год беспокоят «приливы», менструации стали нерегулярными. В течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. При осмотре: кожа лица (преимущественно щеки, нос и подбородок) застойно-синюшного цвета, имеется большое количество телеангиэктазией, мелких розово-красных папул, единичные гнойнички. Высыпания сопровождаются умеренным зудом.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Укажите факторы, способствующие развитию заболевания, ухудшению течения заболевания в последнее время.
3. Наметьте план лечения и профилактики заболевания.

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. Розовые угри (розацеа).
2. УФО, заболевание желудка, возраст, нарушение менструального цикла.
3. Проводить лечение совместно с эндокринологом-гинекологом (устранение нарушений гормонального фона), трихопол - внутрь; местно — метронидазоловый крем.

Клинические задачи по теме: Чесотка. Педикулез

Задача № 1.

Больной А., 20 лет, шофер. Обратился в поликлинику КВД с жалобами на наличие высыпаний на коже туловища, стоп и кистей. Болен в течение 1 месяца, через 2 недели после командировки появился зуд, усиливающийся ночью, заметил высыпания в межпальцевых складках кистей и на туловище. Не лечился. Живет один.

При осмотре: высыпания носят распространенный характер: на коже передне-боковых поверхностей туловища, ягодицах, бедрах имеются фолликулярные папулы, папуловезикулы, эскориации, покрытые геморрагическими корочками, геморрагические корочки имеются на разгибательных поверхностях локтевых суставов. На сгибательной поверхности лучезапястных суставов имеются «жемчужные везикулы» величиной с булавочную головку. На коже кистей, половых органов имеются слегка возвышающиеся над кожей линии грязно-серого цвета (ходы) с темной точкой на слепом конце («возвышение Базена»). При нанесении йода на «ход» становятся видны черноватые точки, расположенные на одинаковом расстоянии друг от друга. На мошонке и половом члене имеются инфильтрированные, сильно зудящие папулы диаметром 0,5

см красновато-коричневого цвета. Лицо и волосистая часть головы свободны от высыпаний.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие диагностические симптомы подтверждают диагноз?
3. Лабораторное подтверждение диагноза?
4. Назначьте лечение больному.
5. Какова методика текущей дезинфекции в очаге?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. У больного чесотка.
2. Имеются чесоточные ходы (после обработки йодом выглядят в виде пунктирной линии), симптом Горчакова (геморрагические корочки на разгибательных поверхностях локтевых суставов), «жемчужные» везикулы в области запястий, скабиозные узелки на гениталиях, зуд, усиливающийся ночью, отсутствие высыпаний на лице и волосистой части головы.
3. Диагноз чесотки должен быть подтвержден нахождением чесоточного клеща в соскобах с чесоточных ходов после обработки их 40% раствором молочной кислоты.
4. В соответствии с приказом № 162 при лечении чесотки возможно применение 20% эмульсии бензил-бензоата в 1 и 4 дни лечения, в вечернее время после душа. Обязательна смена нательного и постельного белья при каждой обработке. Кроме того, возможно применение медифокса в течение 3-х дней, или спрегалия однократно с экспозицией не менее 12 часов, серной мази 33% в течение 5 дней.
5. Нательное и постельное белье обеззараживается кипячением в 1-2% растворе соды или стирального порошка в течение 5-7 минут, верхнюю одежду можно прогладить утюгом. В скабиозориях нательное белье больных обрабатывается в дезокамере. Вещи, не подлежащие термической обработке, могут быть вывешены на открытый воздух на 3 дня. Для обработки вещей может быть использован спрей А-ПАР (перчатки, мех), возможно использование вещей через 2 часа после обработки.

Задача № 2

К дерматологу обратилась мать с жалобами на наличие высыпаний на коже у ее 4-месячного мальчика, появление которых она связывала с возможными проявлениями атопического дерматита после лечения антибиотиками бронхита в условиях стационара. Ребенок проживает в семье с бабушкой, матерью, дядей, который надолго пропадает из дома, злоупотребляет алкоголем.

При осмотре на коже туловища младенца имеются уртикарноподобные высыпания, покрытые геморрагическими корочками, преимущественно локализирующиеся в подмышечных ямках, на мошонке. На сводах стоп и ладонях – везикуло-пустулезные высыпания. Мать отмечает, что беспокойство и зуд у ребенка усиливаются ночью. При осмотре матери были выявлены папуло-везикулезные высыпания на животе, чесоточные ходы на коже межпальцевых складок кистей, расчесы, покрытые геморрагическими корочками. При исследовании соскобов с элементов сыпи микроскопически обнаружен чесоточный клещ.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каковы клинические особенности чесотки у детей?
3. Какая должна быть проведена эпид. работа в очаге?
4. Назначьте лечение.

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. У матери и ее сына - чесотка.

2. У детей клинические проявления чесотки напоминают крапивницу, экзему. Высыпания могут располагаться на лице, волосистой части головы, чесотка у детей часто осложняется пиодермией.

3. Необходимо обследовать бабушку и дядю, при выявлении чесотки - лечить одновременно всю семью, при отсутствии заболевания у других членов семьи – провести им профилактическое лечение. Провести дезинфекцию в очаге. Диспансерное наблюдение очага – 1,5 месяца.

4. Эмульсия бензил-бензоата 20% - взрослым, 10% - ребенку, 1 и 4 день лечения вечером после душа. На пустулы ребенку – 1% метиленовая синь.

Задача № 3

У ребенка 10 лет (мальчик) отмечается зуд волосистой части головы после летнего отдыха в детском лагере.

При осмотре на волосистой части головы преимущественно в височных и затылочных областях имеются экскориации, пустулы, серозно-гнойные корки, увеличены и болезненны шейные и затылочные лимфатические узлы. При осмотре волос обнаружены гниды.

Вопросы.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Дифференциальный диагноз?
- 3) Лечение?
- 4) Профилактика?

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. У ребенка головной педикулез.
2. Головной педикулез следует дифференцировать с пиодермией, экземой волосистой части головы. Уточняет диагноз обнаружение гнид.
3. Аэрозоль «Пара-плюс» распылить на кожу волосистой части головы, экспозиция 10 минут, вымыть шампунем, вычесывать гниды частым гребнем с пропущенной между зубцами жгутиком из ватки, смоченном в 9% столовом уксусе. На пустулы – метиленовая синь 2%, мазь «фуцидин».
4. Плановые осмотры населения на педикулез, осмотр детей, выезжающих в летние лагеря (до выезда и перед каждым мытьем в бане во время пребывания в лагере), санпросветработа.

Клинические задачи по теме: Вирусные заболевания кожи

Задача № 1.

К дерматологу обратилась мать с жалобами на появление у ее 6-летней дочери высыпаний в области лица и шеи. Ребенок посещает детский сад.

При осмотре на лице и шее имеются полушаровидной формы папулы величиной с просыное зерно, бледно-розового цвета, с пупкообразным вдавлением в центре, число элементов - 10, при сдавлении папулы выделяется кашицеобразная масса белого цвета. Зуд не беспокоит. Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение,
3. Меры профилактики?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. У девочки контагиозный моллюск лица и шеи.
2. Лечение состоит в выдавливании содержимого папул пинцетом и смазывании эрозий, образовавшихся после этой процедуры, 2-5% раствором йода, вокруг кожу

необходимо смазывать противовирусными мазями: 3% теброфеновой, 2% оксолиновой. Возможна криодеструкция элементов.

3. Профилактика. Необходима изоляция больных, так как заболевание высококонтагиозно и быстро распространяется в детском коллективе.

Задача № 2.

К дерматологу обратилась мать с жалобами на появление высыпаний в перианальной области у ее 5-летней дочери, жжение, зуд, болезненность, заметила высыпания 2 недели назад, лечились самостоятельно ванночками с раствором перманганата калия без эффекта.

При осмотре кожа и слизистые обычной окраски, в области заднего прохода при переходе кожи в слизистую имеется скопление тестоватой консистенции узелков на длинной ножке, сливающихся между собой и образующих папилломатозные разрастания, напоминающие цветную капусту, цвет их ярко красный за счет наличия эрозий со скоплением экссудата между дольками. На слизистых больших и малых половых губ высыпаний нет. В анамнезе у матери во время беременности - остроконечные кондиломы в области гениталий, разрешились после родов без лечения. КСР у ребенка и матери - отрицателен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Лечение?
4. Прогноз?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. У ребенка остроконечные кондиломы перианальной области.
2. Остроконечные кондиломы такой локализации следует дифференцировать с широкими кондиломами при вторичной рецидивном сифилисе, которые имеют широкое основание и более плотную консистенцию. Кроме того, возможно наличие других проявлений сифилиса, положительных серологических реакций на сифилис.

3. Лечение: диатермокоагуляция, криодеструкция, выскабливание ложечкой Фолькмана с последующим смазыванием коцентрированным раствором калия перманганата. Возможно применение присыпки из резорцина и талька пополам, 10% раствора подофиллина, 10% раствора нитрата серебра.

4. Возможно, что ребенок заразился при прохождении через родовые пути матери (в анамнезе у матери - остроконечные кондиломы во время беременности), и долгое время инфекция протекала бессимптомно и проявилась при снижении иммунитета у ребенка. После лечения следует проводить мероприятия по стимуляции клеточного иммунитета ребенка, в дальнейшем возможны рецидивы заболевания. Следует помнить об онкогенности вируса папилломы человека (плоскоклеточный рак шейки матки можно рано диагностировать при ежегодном цитологическом исследовании мазков с шейки матки у женщин). Необходимо обследование ребенка и родителей на наличие других заболеваний, передающихся половым путем и ВИЧ.

Задача № 3.

Больной Д., 10 лет, поступил в стационар детской больницы с жалобами на общую слабость, головные боли, повышение температуры до 38⁰, распространенные высыпания по всему кожному покрову. С 7 лет наблюдается у дерматолога с диагнозом атопический дерматит с ежегодными обострениями в осенний период, по поводу последнего обострения получал антигистаминные средства, наружно - флуцинар. Через 4 дня после начала лечения наступило значительное ухудшение состояния. Возникли слабость,

головная боль, повышение температуры и появилась высыпания сгруппированных пузырьков на фоне гиперемии кожи в области левого плеча, аксиллярной области, шеи.

Мальчик от первой беременности, первых родов. Наследственность у отца - аллергический ринит, у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма. Последние 2 года наблюдается по поводу хронического бронхита с астматическим компонентом. В анамнезе - аллергические реакции на пенициллин и витамины группы В.

Объективные данные: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Аксиллярные лимфоузлы симметрично увеличены до 1 см в диаметре, безболезненны, носовое дыхание несколько затруднено, зев чистый, в легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет

На коже лица, шеи, локтевых сгибов, лучезапястных суставов и подколенных впадин имеются очаги эритемы с выраженной лихенификацией, участками папулезной инфильтрации. По всему кожному покрову имеются множественные эксфолиации, эрозии, геморрагические корочки. В области левого плеча, аксиллярной области, боковых поверхностей туловища, шеи имеются множественные рассеянные участки поражения размерами от 3 до 15 см в диаметре, состоящие из сгруппированных болезненных напряженных пузырьков, расположенных на отечном гиперемизированном фоне.

В периферической крови изменений нет, за исключением ускоренной СОЭ (35 мм/час), анализ мочи без изменений.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение?
3. Что послужило причиной возникновения генерализованной формы заболевания?

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. У ребенка атопический дерматит, стадия обострения. Генерализованная отечная форма простого герпеса.

2. Лечение: отечественный противовирусный препарат алпизарин по 1 таблетке 3 раза в день - 14 дней, тавегил по 1/2 таблетке 2 раза в день, сернокислая магнезия по 1 десертной ложке 3 раза в день. Наружно: на герпетические очаги- 2% раствор метиленовой сини, 2% мазь алпизарин, на другие очаги 2% папавериновый крем. Возможно применение: ацикловира внутрь, эриуса (антигистаминное средство), 5% мази зовиракс наружно.

3. Генерализованная форма герпеса возникла у ребенка с атопическим дерматитом во время применения стероидной мази, у ребенка снижена иммунологическая резистентность на фоне этого заболевания и бронхита с астматическим компонентом.

Клинические задачи по теме: Многоформная экссудативная эритема.

Задача № 1.

Военнослужащий 21 год получал триметоприм / сульфаметоксазол (ТМП/СМК) по поводу боли в горле. Через 2 суток после начала лечения появились красные блюдцеобразные высыпания на конечностях, далее начали появляться единичные везикулы, пузыри на губах и слизистой оболочке рта. Больной лечился ТМП/СМК 5 лет назад без побочных эффектов.

Физикальное обследование. На момент осмотра температура 39 С; пульс 120 /мин, ЧД 30/мин, АД 120/78 мм.рт.ст. Кожа: множество круглых красных пятен, напоминающих мишень. Центральная часть пятен цианотична, в центре некоторых элементов располагаются папулы и везикулы. Периферический ободок красного цвета.

На губах – множественные везикулы и пузыри, на слизистой оболочке рта - эрозии, образовавшиеся при разрыве пузырей.

Дополнительные исследования: общий анализ крови, биохимические показатели функции печени и почек, обзорная рентгенография грудной клетки, общий анализ мочи - без патологии. Биопсия кожи: вакуолизация клеток базального слоя эпидермиса, фокусный некроз, некроз отдельных кератиноцитов, выраженный отек сосочкового слоя дермы, незначительная лимфогистиоцитарная инфильтрация дермы.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение целесообразно назначить?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Синдром Стивенса - Джонсона, вызванный приемом ТМП/СМК.

Синдром Стивенса – Джонсона характеризуется мишеневидными элементами, везикулами и пузырями. Характерно поражение слизистых оболочек. Возможна лихорадка. Часто наблюдают буллезную сыпь на губах и слизистой оболочке рта, как у нашего больного. Отслойка эпидермиса возникает на 10-20% поверхности тела (симптом Никольского положительный).

2. При синдроме Стивенса-Джонсона показана симптоматическая терапия. Проводят тщательную обработку пораженной кожи, инфузионную терапию, лечат инфекционные осложнения. Лечение лучше всего проводить в ожоговом отделении. Препарат, вызвавший заболевание, немедленно отменяют. Не следует назначать препараты той же группы. В обсуждаемом случае было поражено 20% площади поверхности тела, что послужило причиной госпитализации в ожоговое отделение. ТМП/СМК немедленно отменили. Активная инфузионная терапия и обработка пораженных участков кожи привели к выздоровлению с минимальным образованием рубцов.

Клинические задачи по теме: Пузырчатка

Задача № 1.

Больная М., 32 лет, медицинская сестра, поступила в РКВД 4 октября. Месяц назад появились мокнущие эрозии за ушными раковинами, в подмышечных и паховых складках, на туловище. Акантолитические клетки в препаратах-отпечатках не обнаруживались. С предположительным диагнозом Синдром Лайелла лечилась в ЦРБ преднизолоном в суточной дозе 60 мг, что привело к клиническому выздоровлению, однако быстрое снижение дозы препарата вызвало рецидив болезни. Вновь стали появляться эрозии, которые покрывались слоистыми корками, была направлена в РКВД. При поступлении: процесс носит универсальный характер. На животе, груди эритематозная кожа покрыта наслаивающимися друг на друга корками. На ягодицах, бедрах, верхних конечностях - обширные эрозии с обрывками покрывок пузырей. На голених, стопах, предплечьях и кистях - множество пузырей размером от 1,5x1,5 до 5x6 см с дряблой покрывкой, серозным и серозно-гнойным содержимым. Вся кожа отечна. Симптом Никольского резко положительный. В мазках - отпечатках обнаружены РН-клетки. Слизистые оболочки не поражены.

Общее состояние тяжелое. Температура тела 37,6-37,8 пульс 112-120 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Внутренние органы без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больной.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Назначьте лечение больной.
4. Назовите возможные осложнения стероидной терапии.
5. Меры профилактики рецидивов заболевания?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. У больной листовидная пузырчатка (эрозии, покрытые слоистыми корками, РН-клетки обнаружены в мазках отпечатках, симптом Никольского положителен, тяжелое общее состояние больной).

2. Листовидную пузырчатку дифференцируют с эритродермиями различного происхождения (вторичные эритродермии, токсикодермии), с токсическим эпидермальным некролизом (синдром Лайелла), вульгарной пузырчаткой, герпетиформным дерматитом Дюринга (пузырной формой).

3. Начинают лечение с ударных доз кортикостероидных гормонов 100-180 мг преднизолона - комбинация парентерального и перорального пути введения препарата - до эпителизации эрозий с последующим снижением дозы препарата до поддерживающей каждые 5 -10 дней на 5-2,5 мг. Одновременно назначают препарата калия (аспаркам, панангин), антибиотики широкого спектра, затем – по чувствительности флоры к антибиотикам, витамины группы В, аскорбиновую кислоту, анаболические гормоны (ретаболил, нераболил), антикоагулянты, диуретики. Возможна комбинация кортикостероидов с цитостатиками, что позволяет снизить дозу стероидов. Наружно: аэрозоли, содержащие глюкокортикоиды и антибиотики, анилиновые красители.

4. Осложнениями стероидной терапии могут быть: пиодермия, кандидоз, остеопороз, стероидные язвы, стероидный сахарный диабет, гипертоническая болезнь, тромбозы, эмболии, развитие Кушингоида, гирсутизм, стероидные психозы.

5. Для профилактики рецидивов пузырчатки больным, находящимся под наблюдением, необходимо 1 раз в 2-3 недели контролировать уровень сахара в крови и моче, протромбин, АД, как правило больные находятся на инвалидности II или III группы. Больные, находящиеся на длительной поддерживающей гормональной терапии, нуждаются в санаторно-курортном лечении в санаториях нервно-сосудистого и желудочно-кишечного профиля.

Задача № 2.

Больная Г., 23 лет, поступила в стационар КВД 3.03.07 с жалобами на наличие высыпаний на коже туловища и конечностей. Заболела в декабре 2006 года, через 2 месяца после рождения второго ребенка, когда на груди появились пузырьки. В дальнейшем высыпания распространились на туловище, верхние конечности, полость рта.

Родилась в срок, росла и развивалась нормально. В детстве перенесла корь, ветряную оспу и ангины. Замужем с 17 лет, имела 3 беременности, 2 из которых закончились нормальными родами, дети здоровы. Последняя беременность была прервана в июле 2007 года ввиду заболевания пузырчаткой. Наследственность не отягощена, родители, 2 брата и 2 сестры здоровы.

При поступлении в стационар кожное поражение носило распространенный характер. На коже груди, спины, живота и верхних конечностей имелись многочисленные пузыри с вялыми крышками с серозным содержимым размером с горошину и больше, а также красного цвета различной величины эрозии, окаймленные обрывками эпидермиса, часть эрозий покрыта корками. На красной кайме губ и слизистой оболочке полости рта локализовались болезненные эрозии с обрывками эпителия. Симптом Никольского положителен. При цитологическом исследовании в мазках-отпечатках обнаружены акантолитические клетки Тцанка.

ОАК эр. $3,0 \times 10^{12}$ г/л, НВ 100 г/л, ц.п.0,98, л $4,2 \times 10^9$ /л, с.79%, лимф 20%, мон 1%.СОЭ 6 мм в час. Анализ мочи в норме. Серологические реакции на сифилис отрицательные. Внутренние органы без патологии.

Вопросы:

1. Обоснуйте диагноз.

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Назначьте лечение больной.
4. Каков прогноз заболевания?

Эталонные ответы к задаче № 2.

1. У больной вульгарная пузырчатка (наличие пузырей с вялой покрывкой, эрозий, корок, положительного симптома Никольского, акантолитических клеток в мазках-отпечатках).

2. Вульгарную пузырчатку следует отличать от буллезного пемфигоида, буллезной формы герпетиформного дерматоза Дюринга, буллезной разновидности многоформной эритемы, токсического эпидермального некролиза Лайелла.

3. Начинают лечение с ударных доз кортикостероидных гормонов 100-180 мг преднизолона - комбинация парентерального и перорального пути введения препарата - до эпителизации эрозий с последующим снижением дозы препарата до поддерживающей каждые 5 -10 дней на 5-2,5 мг. Одновременно назначают препарата калия (аспаркам, панангин), антибиотики широкого спектра, затем – по чувствительности флоры в антибиотикам, витамины группы В, аскорбиновую кислоту, анаболические гормоны (ретаболил, нераболил), антикоагулянты, диуретики. Возможна комбинация кортикостероидов с цитостатиками, что позволяет снизить дозу стероидов. Наружно: аэрозоли, содержащие глюкокортикоиды и антибиотики, анилиновые красители.

4. Прогноз при пузырчатке неблагоприятный. Больные постоянно находятся на поддерживающей дозе кортикостероидов, чаще больные гибнут от осложнений, вызванных кортикостероидами и цитостатиками (при их применении). Состояние больного во многом определяется аккуратностью в выполнении врачебных назначений. Летальность при пузырчатке в первые 3 года от начала заболевания составляет 3-27% (Романенко В.Н., 1970).

Задача № 3.

Больная С., 68 лет, поступила в КВД 29 сентября 2009 года. Больна с 2008 года (около года), когда впервые на туловище появились эритематозные шелушащиеся пятна после удаления вилочковой железы (тимэктомии) в онкодиспансере в связи с новообразованием. Обратилась в КВД, где на стопах выявили руброфитию и процесс на туловище расценили как микотический. Вскоре больная сломала шейку бедра, была прикована к постели и поэтому к дерматологу больше не обращалась. Кожный процесс постепенно распространялся и в последние 3 месяца принял универсальный характер. При поступлении: общее состояние средней тяжести, температура по вечерам повышается до 37,5 -38,0. Питание резко снижено. Больная не ходит из-за перелома шейки бедра. Определяются тахикардия, приглушенность тонов. АД 140/70 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание. Органы брюшной полости без изменений. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Кожа темной, коричнево-буровой окраски. Диффузное поредение волос, ногтевые пластинки дистрофичны. На коже волосистой части головы, туловища, конечностей, лица большое количество пластинчатых листовидных чешуе-корок, эрозии, частично покрытые слоистыми корками и сплошь мокнувшие, с обрывками эпидермиса по краям, единичные вялые пузыри, покрывки которых сморщены и легко разрываются с образованием поверхностных эрозий. Симптом Никольского краевой и на отдельных участках вне эрозий положительный. В содержимом пузырей (мазки-отпечатки) обнаружены акантолитические клетки, единичные и пластами. ОАК: эр. $2,9 \times 10^{12}/л$, НВ 100г/л, ц.п.0,98, Л. $10,5 \times 10^9/л$, Э. 2%, п.2%, С.51%, лимф 38%, мон. 5%. СОЭ 50 мм/час. Данные биохимического анализа крови - сахар крови 4,5 ммоль/л, билирубин 14,6 ммоль/л, тимоловая проба 13, ПТИ 88%.

При гистологическом исследовании определяется поврежденный поверхностный пузырь, расположенный частично под роговым слоем. У основания и в покрывке пузыря выражены явления акантолиза.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больной.
2. Что из себя представляют акантолитические клетки?
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать?
4. Назначьте лечение больной.

Эталонные ответы к задаче № 3.

1. Диагноз: листовидная пузырчатка, состояние после тимэктомии. Соп. несросшийся перелом шейки левого бедра.

2. Акантолитические клетки - это клетки шиповатого слоя эпидермиса, имеющие следующие морфологические особенности:

1) величина их меньше нормальных эпидермоцитов;

2) ядра их интенсивно воспринимают окраску;

3) цитоплазма клеток резко базофильна и окрашивается неоднородно: вокруг ядра светло-голубая зона, по периферии интенсивно-синий ободок (зона концентрации).

3. Листовидную пузырчатку следует дифференцировать от эритродермий различного происхождения (вторичные эритродермии, токсикодермии), токсического эпидермального некролиза (синдром Лайэла), вульгарной пузырчатки, герпетиформного дерматоза Дюринга (пузырной формы), эритематозной (себорейной пузырчатки).

4. Базисной терапией являются кортикостероиды, начиная с ударных доз (120 мг преднизолона) одновременно назначают антибиотик (цефазолин), препараты калия, кальция, витамины группы В, С, анаболические гормоны. Возможна комбинация кортикостероидов с цитостатиками для снижения дозы кортикостероидов. Наружно - анилиновые красители, аэрозоли, содержащие кортикостероиды и антибиотики.

Задача №4

Больной М., 9 лет, болен с августа 2006 года, когда у него появилась "гноиничковая" сыпь в заушной области справа, которая быстро распространилась на кожу уха. Вскоре появились конъюнктивит и эрозии на слизистой оболочке полости рта. В декабре 2007 года находился на обследовании и лечении в детской больнице с диагнозом афтозный стоматит и конъюнктивит. Проводилось лечение противокоревым гамма-глобулином, гемодезом, алоэ. В течение 9 дней мальчик получал преднизолон начиная с 30 мг в сутки. В результате лечения высыпания регрессировали, больной был выписан под амбулаторное наблюдение. Уже через 3-4 дня после этого появились новые пузыри на коже в/ч головы, эрозии на слизистой полости рта и красной кайме губ. Больной был направлен в КВД.

При поступлении на слизистой щек, языка, мягкого неба имелись обширные эрозии с вегетациями на поверхности, покрытые беловато-грязным плотным налетом, эрозии со слизистой оболочки рта переходили на красную кайму губ и кожу в углах рта, имели четкие границы, без воспаления слизистой вокруг, на поверхности эрозий - вегетации, покрытые желтовато-грязным налетом, в результате чего были затруднены открывание рта и прием пищи. На слизистой оболочке носа вегетации полностью закрыли носовые ходы, носовое дыхание полностью отсутствовало. Слизистая конъюнктивы обоих глаз эрозирована, с вегетациями грязно-желтым налетом на поверхности. На коже в/ч головы, спины, груди имелись эрозии диаметром 3-5 см, на поверхности некоторых имелись вегетации. В мазках-отпечатках с эрозий слизистой оболочки полости рта и кожи обнаружены акантолитические клетки (до 25-30 в поле зрения). Общее состояние

ребенка удовлетворительное, отмечается слабость, болезненность при приеме пищи, затруднение носового дыхания, субфебрильная температура (37,2 - 37,3), Внутренние органы и нервная система без патологии. Клинические анализы крови: Нв 110 г/л, эр. $3,8 \times 10^{12}/л$, л. $6,6 \times 10^9/л$, эоз. 2%, с 58%, лимф 34%, мон 6%, СОЭ 9 мм/час. Моча нормальная, глюкоза крови 3,3 ммоль/л, протромбин 80%.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больному.
2. Назначьте общее лечение больному.
3. Назначьте наружную терапию.
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать?

Эталоны ответов к задаче № 4.

1. У больного вегетирующая пузырчатка (наличие пузырей, эрозий с вегетациями, обнаружение акантолитических клеток в мазках-отпечатках с эрозий).

2. При лечении этого больного необходимо использовать кортикостероиды: преднизолон 50 мг/сут, препараты калия, витамины, ретаболил по 0,4мл 1 раз в 2 недели. После эпителизации эрозий и разрешения вегетаций - приступить к медленному снижению дозы по 2,5 мг в неделю. Назначается бессолевая диета.

3. Для местной терапии следует применять ванночки из отвара ромашки (полоскания рта), для лечения глаз - гидрокортизоновую и тетрациклиновую мази, на эрозии на коже - анилиновые красители, тетрациклиновую мазь.

4. Вегетирующую пузырчатку следует дифференцировать со вторичным рецидивным сифилисом (широкие кондиломы), лекарственными токсикодермиями (бромодерма и йододерма).

Задача № 5

Больная В., 6 лет, поступила в КВД в мае с жалобами на наличие высыпаний по всему телу. Заболела 5 месяцев назад, когда на фоне приема эритромицина по поводу респираторной инфекции появилась отечность, эритема и сильный зуд кожи лица. В течение последующего месяца процесс распространился на туловище и голени. Лечение десенсибилизирующими и антигистаминными препаратами эффекта не дало.

При поступлении общее состояние средней тяжести, отмечается слабость, болезненность и жжение в области высыпаний.

Поражение кожи носит распространенный характер: на коже лица, туловища и конечностей имеются мелкие поверхностные пузыри с дряблой покрывкой и быстро мутнеющим содержимым, располагающиеся на эритематозном фоне. Кроме того, на коже лица и туловища имеются обильные слоистые корки не только на месте пузырей, но и на видимо здоровой коже. Симптом Никольского резко положительный даже на внешне неизменной коже. В мазках - отпечатках обнаружены акантолитические клетки. Слизистая оболочка полости рта свободна от высыпаний.

Анализ крови: отклонения в анализе сводились к наличию умеренного лейкоцитоза - $12,0 \times 10^9$, гипохромной анемии НВ 80,0. ОАМ в норме.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больной.
2. Какие симптомы помогают поставить этот диагноз?
3. Каковы морфологические особенности акантолитических клеток?
4. Назначьте лечение больной.

Эталоны ответов к задаче № 5.

1. У больной листовидная пузырчатка.

2. Диагноз ставится на основании наличия поверхностных пузырей с дряблой покрывкой, наличия слоистых корок и симптома Никольского даже на внешне неизменной коже, обнаружения акантолитических клеток в мазках-отпечатках.

3. Морфологические особенности акантолитических клеток:

1) величина акантолитических клеток меньше нормальных эпидермоцитов

2) ядра акантолитических клеток интенсивно воспринимают окраску

3) цитоплазма клеток резко базофильна, окрашивается неравномерно: вокруг ядра - светло-голубая зона, по периферии - интенсивно-синий ободок (зона концентрации).

4. Лечение детей акантолитической пузырчаткой остается сложной проблемой. Базисными препаратами являются кортикостероиды. Преднизолон назначается в суточных дозах от 0,9 до 1,3 мг/кг веса в зависимости от распространенности и тяжести процесса. При листовидной пузырчатке требуются более высокие дозы преднизолона - 1,7-1,8 мг/кг, чем при обычной и вегетирующей (0,9-1,3 мг/кг). Кроме этого назначаются препараты калия, кальция, витамины группы В, С, человеческий гамма-глобулин, метилурацил, ретаболил. Иммунодепрессанты у детей не применяются, в связи с инфицированностью эрозий больной необходимо провести 1-2 курса антибиотикотерапии (цепорин, кефзол, линкомицин,

гентамицин) продолжительностью 7-10 дней. Из наружных средств назначаются анилиновые красители, пасты с 1-2% АСД на кожу, масляные аппликации с каратолином, витамином А, облепиховым маслом. Средняя продолжительность пребывания детей в стационаре 63 дня. Дети выписываются на суточной дозе преднизолона от 30 до 40 мг.

Клинические задачи по теме: Дерматоз Дюринга.

Задача №1.

Больной В., 45 лет, сталевар, поступил в КВД с жалобами на появление высыпаний на туловище и конечностях, сопровождающиеся зудом. Заболевание ни с чем не связывает.

Наследственность не отягощена. Рос и развивался нормально. Трудовая деятельность с 22 лет. Женат. Имеет дочь. Из перенесенных заболеваний отмечает корь в детстве. Курит по 20 сигарет в день.

Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Физиологические отправления в норме.

Поражение кожи носит распространенный характер. На коже лица, боковых поверхностей туловища, на разгибательных поверхностях предплечий и задней поверхности бедер симметрично с обеих сторон располагаются сгруппированные пузырьки величиной от булавочной головки до чечевицы, наполненные серозным содержимым, с напряженными покрывками. Кроме того, имеются эрозии небольших размеров, серозно-геморрагические корочки, воспалительные пятна. Симптом Никольского отрицательный. Акантолитические клетки в мазках-отпечатках не обнаружены. Общий анализ крови и мочи в норме.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначите лечение больному.
3. Какие продукты следует исключить из пищи этому больному?
4. Каков прогноз заболевания?
5. Встречается ли данное заболевание у детей?

Эталонные ответы к задаче № 1.

1. У больного Герпетиформный дерматит Дюринга (полиморфизм высыпаний, сгруппированность элементов сыпи, отрицательный симптом Никольского, отсутствие аканалитических клеток в мазках-отпечатках со дна пузырей, зуд, хорошее общее состояние).

2. Больному следует назначить диуцифон по 0,1-0,2 г в день пятидневными циклами с однодневным перерывом. Кроме того- аскорбиновую кислоту, рутин, витамина группы В, антигистаминные препараты. При неэффективности препаратов сульфонового ряда возможно назначение кортикостероидов.

3. Больному Герпетиформным дерматитом Дюринга показана безглютеновая диета с исключением из пищи пшеницы, риса, овса, ржи, ячменя, проса и других злаков, ограничивается поваренная соль, исключаются продукты, содержащие йод (морская рыба, морская капуста и др.).

4. Прогноз при герпетиформном дерматозе Дюринга у большинства больных благоприятный, у детей имеется выраженная тенденция к излечению в юношеском возрасте.

5. Герпетиформный дерматит Дюринга может развиваться в любом возрасте, в том числе и в детском (описан случай заболевания в 6-месячном возрасте).

Задача № 2.

Больная Б., 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие высыпаний на коже лица, туловища и конечностей, сильного зуда в очагах поражения..

При осмотре: на коже щек, лба, предплечий, паховых и подмышечных складок на резко гиперемизированном фоне имеется множество пузырьков размером от просяного зерна до горошины, располагающихся сгруппированно.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Какие специальные дерматологические исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
5. Назначьте лечение.

Эталонные ответы к задаче №2.

1. Дерматоз Дюринга.
2. Проба Ядассона.
3. Исследование на эозинофилы крови и пузырной жидкости.
4. Токсикодермия, пузырчатка. Герпес.
5. Безглютеновая диета, ДДС, димоцифон.

Задача № 3 (для педиатрического факультета).

Больной К., 10 лет направлен в КВДв августе 2007 года по поводу высыпаний на коже. В анамнезе ветряная оспа, скарлатина, паротит, аппендицит. Наследственность не отягощена. Болен около года. Первые высыпания на волосистой части головы и конечностях появились летом 2006года, через месяц после аппендэктомии. Периодически возникающие элементы сыпи самостоятельно разрешались и не требовали специального лечения, В июле 2007 года появились свежие пузырьковые высыпания на туловище и конечностях. В поликлинике по месту жительства по поводу предполагаемой стрептодермии ребенок получил 4 сеанса облучения ртутно-кварцевой лампой, после чего появились свежие пузырьковые высыпания, усилился зуд.

При поступлении: высыпания располагаются на коже лица, волосистой части головы, туловище, разгибательной поверхности конечностей, ягодицах, образуя

корки на отечно-эритематозном основании. Проба с 50% раствором калия йодида положительная. Эозинофилия в содержимом пузыря 11%. Акантолитические клетки в мазках-отпечатках со дна пузыря не обнаружены. Вопросы:

1. Поставьте диагноз больному.
2. Что спровоцировало обострение заболевания?
3. Назначьте лечение больному.
4. Каковы меры профилактики обострения заболевания?

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. У больного герпетический дерматоз Дюринга (пузыри, подсохшие с образованием корок на отечно-эритематозном основании, типичная локализация высыпаний, положительная проба Ядассона, отсутствие акантолитических клеток в мазках-отпечатках, эозинофилия в содержимом пузырях).

2. Спровоцировало обострение заболевания облучение ртутно-кварцевой лампой (для ГДД характерно начало заболевания в летний период, усиление кожных высыпаний или развитие рецидивов также отмечается после УФ - облучения - пребывания на пляже). Таким образом, УФ-облучение оказывает провоцирующее влияние на развитие ГДД.

3. Дицифон по 0,05 x 2 раза в день пятидневными циклами с однодневным перерывом, аскорутин, глюконат кальция, витамины группа В,С. антиоксиданты - липоевая кислота, метионин. Наружно - анилиновые красители, мази с антибиотиками.

4. Диета с исключением глютена (пшеница, рис, овес, рожь), продуктов, содержащих йод, ограничение поваренной соли, обследование и лечение у гастроэнтеролога, избегать пребывания под солнцем. Противопоказано лечение ртутно-кварцевой лампой.

Задача № 4

Больной В., 8 мес, первый ребенок в семье, родился доношенным. Период новорожденности протекал без отклонений от нормы. С 5 месяцев ребенок на искусственном вскармливании. В этом же возрасте перенес воспаление легких. Наследственность не отягощена. Поступил в КВД с обильными пузырьными высыпаниями по всему кожному покрову. Мать отмечает, что ребенок крайне беспокоен, плохо спит и ест, периодически у него повышается температура.

Заболевание началось месяц назад, когда на в/ч головы появилась группа пузырьков (8 -10). Одновременно ребенок заболел ангиной, по поводу которой ему было назначено смазывание зева 3% раствором йода, На следующий день после первого смазывания пузырьная сыпь распространилась на верхние конечности, туловище, а еще через сутки - на нижние конечности, паховые складки и мошонку. Участковый педиатр диагностировал ветряную оспу и назначил смазывание 1% раствором бриллиантового зеленого. Состояние ухудшалось, сыпь распространялась и ребенок был направлен в КВД.

При поступлении ребенок беспокоен. При аускультации жесткое дыхание на всем протяжении легких, в нижних отделах - сухие хрипы.

Кожные покровы бледные, тургор и эластичность обычные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, видимые слизистые оболочки свободны от высыпаний, волосы и ногти не изменены. Поражение кожи носит распространенный характер с преимущественной локализацией в области спины, головы, паховых складок, бедер, мошонки. На фоне незначительной эритемы имеется множественная полиморфная сыпь (пятна, пузырьки, волдыри, корки, эрозии), располагающиеся сгруппированно. Пузыри с напряженной покрывкой, светлым прозрачным содержимым, не сливаются. Часть пузырей вскрылась, на их месте остались влажные эрозии. Другие эрозии покрыты корками бурого или светло-коричневого цвета. Имеются также множественные линейные эскориации - следы расчесов. Анализы мочи, кала - без отклонений от нормы. Анализ

крови: НВ 120 г/л, эр $4,2 \times 10^{12}$ /л, л. $8,8 \times 10^9$ /л, п. 6%, с 37%, э 7%, лимф. 49%, мон. 1%. СОЭ 12мм/час. Мазок со дна пузыря на акантолитические клетки отрицателен. Содержимое пузыря; э 21%, с 62%, лимф 17%.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Назначьте лечение больному.
3. Профилактика обострений.

Эталоны ответов к задаче № 4.

1. У больного герпетиформный дерматоз Дюринга (полиморфизм и сгруппированность высыпаний, отсутствие в мазках-отпечатках акантолитических клеток, эозинофилия в крови и в пузырях).

2. Диаминодифенилсульфон по 0,01 в сутки, аскорутин, глюконат

кальция, димедрол, пенициллин, витамины группы В. Наружно:

анилиновые красители, 3% раствор танина, пасты с антибиотиками.

3. Диета с исключением из пищи глютена злаков (пшеницы, риса, овса, ржи, ячменя, проса), ограничивается поваренная соль, исключаются продукты, содержащие йод.

Клинические задачи по теме: Склеродермия

Задача № 1.

Больная Б., 20 лет, обратилась в РКВД в ноябре 2006 года с жалобами на неприятные ощущения типа легкого жжения, покалывания в области наружной поверхности правого бедра. Считает себя больной с июня, когда на месте сильного удара волейбольным мячом появилась сиреневая полоса размером до 2 см, постепенно увеличивающаяся. Не лечилась, врачам не обращалась.

Общее состояние удовлетворительное. Анализы крови, мочи, содержание сахара, холестерина, билирубина в крови - в пределах нормы.

На наружной поверхности верхней трети правого бедра имеется белесоватый очаг размерами до 4 см, плотный, окруженный сиреневой полосой до 0,3 см шириной, постепенно переходящей в неизмененную кожу. Других высыпаний на коже и слизистых нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. У больной бляшечная склеродермия.

2. При лечении бляшечной склеродермии применяется пенициллина натриевая соль по 500 000 ЕД х 4 раза в день на курс до 20 млн ЕД. Показаны вазоактивные средства (теоникол, компламин, никотиновая кислота, никошпан). Ферментные препараты - лидаза по 64 ЕД в/м (15-20 инъекций на курс), фоно- или электрофорез ронидазы, трипсина, ультрафонофорез купренила с гидрокортизоном, витамины группы А, Е, В, С. Наружно - димексид. Лечение курсами с перерывом 3 месяца - до 6-8 курсов.

3. Прогноз благоприятный для выздоровления, крайне редко наблюдается переход ограниченных форм склеродермии в системную.

Задача № 2.

Больная Б., 80 лет, пенсионерка, обратилась в РКВД, с жалобами на появление участков уплотнения по всему кожному покрову, жжение, зуд, затруднения при движениях в плечевых, локтевых, голеностопных суставах. 2 года назад после травмы

стало беспокоить чувство стягивания кожи, покалывания, преимущественно на боковых поверхностях туловища в поясничной области. Появились участки уплотнения на коже плеч, предплечий, груди, живота, бедер, голеней, ограничение объема движений в суставах.

Больная росла и развивалась нормально. Страдала частыми ангинами, перенесла воспаление легких, брюшной тиф. В настоящее время выявлена хроническая ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, артериальная гипертензия (II стадия), сахарный диабет (легкая степень). Замужем с 19 лет, 7 беременностей, 3 родов, 4 медицинских аборта. Менопауза с 55 лет. Общее состояние удовлетворительное. Рост 150 см., масса тела 68 кг. Периферические лимфатические узлы не увеличены, видимые слизистые бледно-розового цвета. Ограничен объем движений в плечевых, локтевых и голеностопных суставах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Кожные покровы бледные. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно. Кожа туловища, конечностей диффузно уплотнена, отмечаются множественные спаянные с подлежащими тканями уплотненные участки. В области плечевого пояса имеется атрофия кожи, мышц. Пальпация очагов поражения безболезненная. На участках уплотнения на плечах, груди, животе имеются полосы депигментации. Поражения внутренних органов не выявлено. ОАК и ОАМ, биохимия крови без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Эталонные ответы к задаче №2.

1. У больной Системная склеродермия, диффузное поражение кожи, мышечно-суставной синдром, хроническое течение.

2. Д-пеницилламин (купренил) по 500 мг/сут - 6 месяцев под контролем анализов крови и мочи, амнохиноловые препараты - делагил 250 мг/сут в сочетании с нестероидными противовоспалительными (индометанин, ибупрофен). Лидаза по 64 ЕД/сут через день № 20, витамины группы А,Е,В,С. Электрофорез с гиалуронидазой, аппликация ДМСО.

3. Прогноз при хроническом, медленно прогрессирующем течении благоприятный. При развитии системной склеродермии в пожилом возрасте заболевание протекает не столь агрессивно.

Задача № 3.

Больная Е., 31 год, обратилась в РКВД с жалобами на уплотнение, чувство стягивания кожи правого бедра, появление сиреневатого пятна на животе. Больна полгода. Заметила сиреневато-красный очаг уплотнения на правом бедре. К врачу не обращалась. Очаг поражения постепенно увеличивался в размерах. За 2 недели до обращения в РКВД появилось сиреневато-розовое пятно на животе.

В детстве росла и развивалась нормально. Перенесла краснуху, часто болела ОРВИ.

Общее состояние удовлетворительное. При физикальном исследовании патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. На латеральной поверхности правого бедра имеется очаг уплотнения кожи диаметром около 10 см четкими границами, розово-красного цвета, округлой формы, правильных очертаний. По периферии очага имеется ободок шириной 1,5 см, нечетких очертаний, сиреневого цвета, постепенно переходящий в неизмененную кожу. На коже нижней трети живота

справа располагается очаг диаметром около 3 см, сиренево-красного цвета, постепенно переходящий в неизмененную кожу без нарушения плотности и эластичности.

В общем и биохимическом анализах крови, анализе мочи патологических изменений не обнаружено. При электрокардиографическом исследовании и рентгенологическом исследовании грудной клетки отклонений от нормы не выявлено.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Назначьте лечение больной.

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. У больной бляшечная склеродермия.
2. Бляшечную склеродермию дифференцируют с витилиго и недифференцированной формой лепры.

3. При лечении бляшечной склеродермии применяется пенициллина натриевая соль по 500 000 ЕД х 4 раза в день на курс до 20млн ЕД. Показаны вазоактивные средства (теоникол, компламин, никотиновая кислота, никошпан). Ферментные препараты - лидаза по 64 ЕД в/м (15-20 инъекций на курс), фоно- или электрофорез ронидазы, трипсина, ультрафонофорез купренила с гидрокортизоном, витамины группы А,Е, В, С. Наружно - димексид. Лечение курсами с перерывом 3 месяца - до 6-8 курсов. Кроме того, с успехом применяется препарат, улучшающий микроциркуляцию - дипромоний, в начале курса парентерально - 0,05 г, растворяя в 2мл воды для инъекций – 5 дней, затем внутрь в таблетках по 0,02 г 3 раза в день после еды – 35-40 дней.

Задача № 4

Больная Б., 8 лет, поступила в стационар РКВД с жалобами на поражение кожи ягодиц. Месяц назад девочке были сделаны инъекции пенициллина по поводу пневмонии. По окончании курса терапии на ягодицах появились сиренево-розовые пятна, постепенно уплотнявшиеся, что заставило родителей обратиться к дерматологу.

Ребенок от первой беременности, первых родов. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез: при приеме тетрациклина, употребления в пищу шоколада, цитрусовых возникает уртикарная сыпь. Девочка росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, частые ОРВИ, ангины. Профилактические прививки до 4 мес. сделаны по плану, затем, в связи с появлением высыпаний на коже при переходе на смешанное вскармливание, прививки были отменены.

Общее состояние относительно удовлетворительное, телосложение правильное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, зев чистый. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 70 ударов в минуту. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Процесс на коже носит ограниченный характер. На ягодицах симметрично расположены очаги диаметром 4 см, правильных очертаний, округлой формы, сиренево-коричневого цвета, с выраженным западением в центре, плотной консистенции. По периферии очагов имеется бледно-сиреневый ободок шириной до 1,5 см. В периферической крови СОЭ 23 мм /час. Анализы мочи без изменений, биохимические анализы крови в пределах нормы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз в плане возможной трансформации в системную форму заболевания.

Эталоны ответов к задаче № 4.

1. У девочки бляшечная склеродермия.
2. В данном случае требуется терапия без применения антибиотиков т.к. возникновение заболевания связано с инъекциями пенициллина, кроме того, у больной имеется непереносимость тетрациклина, ряда пищевых продуктов, имеется медицинский отвод от прививок. Разработан отечественный препарат карнитина хлорид - являющийся нестероидным анаболиком, поступает в организм человека с пищей, обнаруживается в мышечной ткани, оказывает выраженный терапевтический эффект при заболеваниях соединительной ткани. Применяется 20% раствор карнитина хлорида внутрь по 1 чайной ложке 3 раза в день после еды в течение 35-45 дней. Для улучшения микроциркуляции следует назначить дипромоний 0,01 по 1/2 таблетки 3 раза в день, наружно компрессы с 50% раствором димексида.
3. Трансформация бляшечной склеродермии в системную происходит редко, в том случае, если имеется генетическая предрасположенность, связанная с носительством определенных HLA -антигенов, предрасполагающих: к продукции собственных ССД аутоантител.
В данном случае прогноз будет ясен в процессе дальнейшего наблюдения за больной.

Задача № 5

Больная З., 4 лет поступила в РКВД, с жалобами на поражение всего кожного покрова. Больна с 7-месячного возраста. Мать обратила внимание на уплотнение и блеск кожи на мизинце левой руки и в очаге на левой стопе, сопровождавшиеся болезненностью. Девочка медленно прибавляла в массе, отставала в росте, прорезывании зубов. Лечилась у хирурга и педиатра.

При поступлении: ребенок резко отстает в физическом развитии, пониженного питания. Склероатрофический процесс захватывает весь кожный покров. На бедрах и голених, больше с наружной стороны до кончиков 4 и 5 пальцев имеется атрофия кожи и подлежащих тканей, где просвечивает рисунок сосудистой сети. Склеродактилия. Атрофия и склерозирование кожи, подкожной клетчатки и мышц охватывает плечи, предплечья и кисти. На левой кисти мутиляция 4 и 6 пальцев, на правой кисти -4 и 5 пальцев, они резко уменьшены в размерах, истончены, находятся в полусогнутом состоянии, ногтевые пластинки отсутствуют. В области стопы имеется несколько очагов атрофии кожи. Лицо, в основном щеки и подбородок, стянуты истонченной кожей. Ротовое отверстие сужено. Дистрофия зубов. При обследовании ОАК и ОАМ - без патологии, ЭКГ - в пределах нормы. На рентгенограмме легких имеется усиление бронхососудистого рисунка в прикорневой зоне.

- Вопросы: 1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение.
3. Каков прогноз заболевания?

Эталоны ответов к задаче № 5

1. У девочки системная склеродермия (акросклеротический вариант).
2. Показано комплексное курсовое лечение, включающее лидазу, пенициллин, никотиновую кислоту, аевит, но-шпу, витамины С и В₁₂ массаж, парафиновые аппликации, электрофорез с лидазой.
3. Прогноз неблагоприятный, инвалидность с детства, акросклеротический вариант более благоприятный по прогнозу, чем системная склеродермия с висцеральным синдромом. При нарастании висцеральной патологии возможен летальный исход.

Клинические задачи по теме: Красная волчанка

Задача № 1.

Больной С., 1939 г рождения, кузнец, с 20-летнего возраста страдает ДКВ. Неоднократно лечился амбулаторно и в стационаре препаратами хинолинового ряда, местно применял кортикостероидные мази.

В июне 2007 года больной в течение месяца работал электросварщиком (защитной маской не пользовался), после чего наступило обострение процесса: усилился зуд, появилась гиперемия, шелушение, жжение, особенно в области правой ушной раковины. После непродолжительного лечения фторокортом состояние кожи улучшилось. Через месяц на правой ушной раковине образовались многочисленные опухолевидные образования, на которые больной не обратил должного внимания. Опухоль быстро прогрессировала и в сентябре достигла размеров куриного яйца, появились изъязвления. Больной обратился за медицинской помощью.

При поступлении в стационар РКВД самочувствие больного удовлетворительное. Патологических изменений внутренних органов не выявлено. На щеках, носу - очаг поражения в виде бабочки. В центре очага - атрофия кожи, многочисленные телеангиоэктазии, местами скопления корок и чешуек серого цвета. По периферии очагов слабо выраженная зона фолликулярного гиперкератоза и гиперемии застойно-синюшного оттенка. При поскабливании участков поражения определяется симптомы Бенъе-Мещерского и "дамского каблука". В области правой ушной раковины имеется опухоль размерами 10x10 см, возвышающаяся над уровнем кожи на 4-5 см, деревянистой плотности, прорастающая в подлежащие ткани. Поверхность ее темно-коричневая, бугристая, покрыта множественными массивными корками, при снятии которых обнажаются кровотокающие язвы диаметром от 1 до 2 см, неправильной формы, с обрывистыми, кратерообразными краями, дно покрыто гнойно-некротическим налетом. Клинические анализы крови, за исключением повышенной СОЭ, мочи, биохимические показатели функции печени без отклонений от нормы. LE-клетки не обнаружены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение.
3. Прогноз.

Эталонные ответы к задаче № 1.

1. Эритематоз-карцинома правой ушной раковины. Для подтверждения диагноза необходимо патогистологическое исследование.

2. Лечение в условиях онкодиспансера – короткодистанционная рентгенотерапия в комбинации с цитостатиками.

3. Прогноз для жизни благоприятный, для выздоровления – благоприятный, необходимо диспансерное наблюдение у онколога и дерматолога.

Задача № 2.

Больной И., 50 лет, поступил в кожное отделение РКВД с жалобами на поражение кожи лица, усиление гиперемии в очагах. Болен 2 года, заболел весной после работы на солнце (по профессии механизатор), когда на коже лица появились отечные пятна, долгое время не обращался к дерматологу, лечился самостоятельно различными мазями, отмечает ухудшение каждую весну, обратился к дерматологу по месту жительства, был направлен в стационар РКВД.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

Поражена кожа лица в области щек и спинки носа, где имеются очаги, по форме напоминающие бабочку, размерами 4x5 см и 2x5 см

с четкими, неровными границами. В центре очагов имеются участки рубцевидной атрофии, по периферии - зона фолликулярного гиперкератоза и гиперемии застойно-синюшного цвета. На поверхности очагов имеются участки с наличием чешуек серого цвета, при поскабливании которых отмечается болезненность (симптом Бенье-Мещерского). С внутренней стороны чешуек видны шипики (симптом «дамского каблука»). В центральной части очага кожа истончена, депигментирована, с множественными телеангиоэктазиями. Других высыпаний на коже и слизистых нет. LE- клетки в крови не обнаружены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте больному лечение.
3. Прогноз заболевания?
4. Каковы меры профилактики рецидивов?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. У больного дискоидная красная волчанка.
2. Лечение: Препараты аминохинолового ряда: делагил или резохин по 0,25 x 2 раза в день, циклами по 5 дней с 3-х дневными перерывами, или непрерывно по 0,25 x 2 раза в день 40 дней. Фотодесенсибилизирующим действием обладает никотиновая кислота и витамины группа В (В₂, В₅, В₆, В₁₅), оказывающие противовоспалительное действие. Витамины А, Е активизируют обмен соединительнотканых компонентов дермы. Наружно – кортикостероидные мази.
3. Хроническая дискоидная форма рубцующегося эритематоза протекает доброкачественно с благоприятным прогнозом в отношении жизни, излечения и сохранения работоспособности.
4. Рациональное трудоустройство (работа, не связанная с пребыванием на солнце, ветру, морозе, у горячих печей). Применение защитных кремов, ношение защитных очков, широкополых шляп. Профилактический прием аминохиноловых препаратов и витаминов группы В, никотиновой кислоты весной.

Задача № 3.

Больная К., 62 лет, поступила в стационар РКВД 13 ноября 2006 года с жалобами на наличие высыпаний на коже лица, общую слабость. Считает себя больной 4 мес. Заболевание началось с появления красноты на коже лица, повышения температуры, болей в суставах, вскоре выпали волосы на голове, наступило резкое похудание. По месту жительства лечилась антигистаминными препаратами, смазывала очаги поражения кортикостероидными мазями - без эффекта. Больная была направлена в РКВД с диагнозом экзема лица.

При поступлении: питание понижено, волосы в лобной и теменной области выпали, кожа лица гиперемирована, отечна, особенно в области лба и вокруг глаз, на этом фоне рассеяны в большом количестве плотно сидящие не коже белесоватые чешуйки.

В детстве перенесла брюшной тиф, пневмонию, оперирована по поводу фибромиомы матки. Сопутствующие заболевания; атеросклеротический кардиосклероз, ишемическая болезнь сердца, деформирующий артрозоартрит коленных суставов. ОАК : Нв 120 г/л, эр. $3,7 \times 10^{12}/л$, л. $6,9 \times 10^9/л$, э. 2%, с. 69%, лимф. 25%, мон. 5%.

СОЭ 45 мм/час. ОАМ в пределах нормы. В крови обнаружены в большом количестве LE- клетки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Диагноз: Системная красная волчанка, подострое течение.
2. Лечение: кортикостероиды - преднизолон а суточной дозе 50мг, антибиотики - пенициллин по 500 000 ЕД 4 раза а в день, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, панангин 1т 3 раза в день, бессолевая диета, аскорбиновая кислота, вит В₁₅, снижение кортикостероидов после стабилизации процесса до поддерживающих доз. Наружно – кортикостероидные мази.
3. Прогноз при системной красной волчанке для жизни при адекватной терапии и диспансерном наблюдении – благоприятный, рекомендуется рациональное трудоустройство, своевременный выход на инвалидность.

Задача № 4

Больная Б., 40 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на наличие поражения красной каймы губ и слизистой полости рта, которые появились летом после длительного пребывания на солнце. Больна 2 месяца, не лечилась, к врачу не обращалась.

При осмотре в области красной каймы губ наблюдается наличие ограниченных очагов инфильтрации насыщенно-красного цвета, покрытых плотно сидящими беловато-серыми чешуйками. По периферии очагов имеются участки помутнения эпителия в виде полосок белого цвета. В центре очагов видны участки атрофии.

На слизистой полости рта щек по линии смыкания зубов имеются воспалительные слегка инфильтрированные очаги с возвышающимися краями и слегка запавшим атрофированным центром. По периферии очагов – ороговение в виде белых нежных полосок типа «частокол». Под люминесцентной лампой определяется снежно-голубоватое свечение очагов поражения на красной кайме губ. Других высыпаний на коже и слизистых нет. Внутренние органы без патологии.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Назначьте лечение больной.
4. Каков прогноз заболевания?
5. Меры профилактики обострения?

Эталоны ответов к задаче № 4.

1. Диагноз: Хроническая красная волчанка красной каймы губ и слизистой оболочки рта (типичная форма).

2. Красную волчанку красной каймы губ следует дифференцировать с красным плоским лишаем красной каймы губ, для которого характерна выраженная синюшность очага поражения, состоящего из слившихся между собой папул, образующих определенный рисунок, также отсутствует атрофия. Отсутствие эритемы, атрофии, иной характер гиперкератоза отличает лейкоплакию от красной волчанки, отсутствует снежно-белое свечение очагов под лампой Вуда.

Красную волчанку слизистой полости рта дифференцируют с красным плоским лишаем этой локализации, при котором имеются слившиеся рисунчатого характера папулы и отсутствуют по периферии очагов черточки ороговения в виде «частокола».

Красную волчанку слизистых следует отличать от лейкоплакии, при которой отсутствует воспаление, а ороговение отмечается во всем очаге поражения в виде «налепленной пленки».

3. Лечение: препараты аминохинолового ряда – делагил по 0,25 X 2 раза в день до 40 дней, витамина группы А,Е,В,С, наружно кортикостероидные мази.

4. Прогноз при хронической красной волчанке благоприятный в отношении жизни, излечения и сохранения трудоспособности.

5. Меры профилактики обострений: рациональное трудоустройство (работа, не связанная с пребыванием на солнце, ветру, морозе, у горячих печей). Применение защитных кремов, ношение защитных очков, широкополых шляп. Профилактический прием аминохиноловых препаратов и витаминов группы В, никотиновой кислоты весной.

Клинические задачи по теме: Отрубевидный лишай. Микроспория. Трихофития. Фавус.

Задача № 1.

Больной Б., 10 лет, поступил в КВД с жалобами на поражение кожи груди, шеи, спины. Болен 2 года, аналогичное заболевание у отца. Не лечился. Летом после загара появляются белые пятна на местах высыпаний.

Общее состояние удовлетворительное. При обследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

При осмотре кожные покровы повышенной влажности. На коже шеи, груди, спины имеются мелкие 1х1 см пятна без воспалительных явлений с четкими границами, цвета кофе с молоком, с отрубевидным шелушением на поверхности. Местами имеются гипопигментированные пятна таких же размеров. Проба Бальцера положительная. При микроскопии обнаружены округлые споры в виде гроздьев винограда и короткие, слегка изогнутые нити мицелия.

Под люминесцентной лампой – бурое свечение пятен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение больному.
5. Меры профилактики?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. У больного Б. – Распространенный отрубевидный лишай.
2. Диагноз выставлен на основании типичной клиники, люминесцентной диагностики, лабораторного микроскопического исследования.
3. Отрубевидный лишай следует дифференцировать с розовым лишаем Жибера, розеолами при сифилисе. Вторичную лейкодерму при отрубевидном лишае следует дифференцировать с сифилитической лейкодермой.
4. Лечение бензилбензоатом 20% 6 дней подряд, УФО. Возможно применение ламизила-спрея 7 дней дважды в день. У детей часто поражается волосистая часть головы – на волосистую часть головы возможно применение низорал-шампуня.
5. Меры профилактики – дезинфекция одежды и постельного белья проглаживанием горячим утюгом во влажном виде после стирки - во время лечения, борьба с потливостью. Профилактические курсы лечения с марта по май, обрабатывая кожу низорал-шампунем каждый месяц 3 дня подряд по 5 минут.

Задача № 2.

К дерматологу направлен ребенок 6 лет с жалобами на появление очага обломанных волос на голове. Впервые мать заметила очаг около недели назад. Самостоятельно лечила ребенка настойкой чеснока без эффекта.

При осмотре на волосистой части головы определяется очаг обломанных волос на уровне 6 мм, округлой формы, с четкими границами, кожа в очаге шелушится. Под люминесцентной лампой - зеленое свечение.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Какие необходимы исследования для его уточнения?
3. Тактика врача?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. Микроспория волосистой части головы.
2. Бактериоскопическое исследование волос на грибы.
3. Госпитализация ребенка в отделение грибковых инфекций с последующим назначением гризеофульвина внутрь из расчета 22 мг на кг веса больного и применением противогрибковых мазей местно.

Задача № 3.

Больная Л., 5 лет, направлена в КВД районным дерматологом с жалобами на наличие на волосистой части головы очагов шелушения кожи с обломанными волосами, которые заметили неделю назад, лечили самостоятельно серной мазью безрезультатно. Обратились к дерматологу и были направлены на стационарное лечение в микологическое отделение. Возможный источник заражения - бродячая кошка, с которой девочка играла за неделю до появления очагов на голове.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не вдавнено.

На волосистой части головы имеется один крупный очаг в теменной области справа от средней линии размерами 3х3 см в диаметре и 3 более мелких очага в правой височной области размерами 1х1 см. Очаги правильных округлых очертаний с четкими границами, покрыты серовато-белыми чешуйками, без выраженных воспалительных явлений. Волосы в очагах сплошь обломаны на высоте 5 мм, окружены белой муфточкой. Волосы на непораженных участках густые, черные, длиной 10 см. Высыпаний на остальных участках кожных покровов нет. Под люминесцентное лампой в очагах - ярко-зеленое свечение. При микроскопии в волосе обнаружены споры *Microsporum*. Посевы на питательные среды сделаны. Вес ребенка 18 кг.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение больной.
5. Сроки диспансерного наблюдения после выписки?

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Убольной Л., 5 лет, - Микроспория волосистой части головы (4 очага).
2. Диагноз выставлен на основании типичной клинической картины (наличие очагов шелушения с четкими границами и обломками волос в них на уровне 5 мм, ярко-зеленого свечения обломков под люминесцентное лампой). Диагноз подтвержден микроскопически - в волосе обнаружены споры *Microsporum*. При посеве ожидается рост гриба *Microsporum canis* (источник заражения-бродячая кошка).

3. Микроспорию при такой клинике следует дифференцировать с поверхностно антропофильной трихофитией, когда на волосистой части головы имеется множество мелких очагов округлой формы без воспалительных явлений, с шелушением и несплошным обламыванием волос на уровне 2мм от поверхности кожи. Споры в волосе расположены внутри - по типу эндотрикс. Свечения под люминесцентной лампой не определяются. Источником заражения могут быть больные дети или взрослые. При посеве вырастает культура *Trichophyton violaceum* или *Trichophyton tonsurans*.

4. Лечение: гризеофульвин внутрь из расчета 22 мг на кг веса (18 кг), по 1 таблетке 3 раза в день (0,125г в таблетке), поливитамины, растительное масло. Наружное лечение: сбривание волос 1 раз в неделю, смазывание волосистой части головы 33% серной мазью в чередовании с 2%настойкой йода. Проводится систематический контроль под люминесцентной лампой, после прекращения свечения в очагах берут контрольные анализы на грибы. Выписка из стационара после 3-х отрицательных анализов на грибы с интервалом 5-7 дней. Средняя продолжительность лечения в стационаре 30-32 дня.

5. После выписки из стационара больной наблюдается дерматологом по месту жительства в течение 3х месяцев (осмотр, люминесцентная и микроскопическая диагностика), после чего снимается с учета. Школу и детский сад ребенок может посещать сразу после выписки из стационара.

Задача № 4.

Больной А., 9 лет поступил в КВД с жалобами на наличие поражения волосистой части головы, болен 3 недели. Сначала на темени появилась припухлость, мать лечила ребенка мазью Вишневского, связывала появление очага с переохлаждением ребенка, лечение было неэффективным, "опухоль" увеличивалась, гнойное отделяемое сошло в корки. Обратилась к дерматологу, ребенок был направлен на стационарное лечение в КВД. Предполагаемый источник заражения - больной теленок из личного хозяйства, за которым мальчик ухаживал.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Патологии внутренних органов не выявлено, физиологические отправления в норме.

На волосистой части головы волосы черные, густые, длиной 3 см. В теменной области имеется один очаг с четкими границами размерами 3х3 см в диаметре. Очаг представляет из себя опухолевидный инфильтрат, приподнятый над уровнем непораженной кожи на 1,2см. Кожа в очаге темно-красного цвета, покрыта гнойными корками, волосы частично выпали, оставшиеся - впаяны в корки. При потягивании пинцетом волос свободно извлекается из волосяного фолликула. Увеличены и болезненны, не спаяны с окружающими тканями, подвижны задние шейные лимфатические узлы справа. Под люминесцентной лампой свечения волос нет. Других высыпаний на коже и слизистых нет. Микроскопически поражение волоса по типу *Trichophyton ectothrix megasporae*. Сделан посев на питательные среды.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение больному.
5. Каков прогноз заболевания?

Эталоны ответов к задаче № 4.

1. У больного: Нагноительная трихофития волосистой части головы (1 очаг).
2. Диагноз выставлен на основании характерной клиники, данных эпидемиологического анамнеза - контакт с больным теленком, отрицательного результата люминесцентной диагностики, результатов микроскопического исследования - поражение волоса по типу *Trichophyton ectothrix megasporos*. Сделан посев на питательные среды. В посеве ожидаем рост гриба *Trichophyton verrucosum*.
3. Нагноительную трихофитию следует дифференцировать с нагноительной микроспорией, имеющей сходную клинику, но при микроспории в очагах поражения волосы будут обломаны на уровне 4-6 мм, и будут светиться под люминесцентной лампой зеленым светом. Микроскопически в волосе при микроспории обнаруживаются споры *Microsporum*. При посеве рост *Microsporum canis*, источник заражения - собака или кошка.
4. При нагноительной трихофитии назначается внутрь гризеофульвин из расчета 16-18 мг на кг веса ребенка, или тербинафин 125 мг в сутки при весе 20-40 кг, наружно: 1 день - накорки накладывается 20% пепсиновая мазь или 2% салициловая мазь, 2 день - удаление корок и эпиляция волос, далее влажно-высыхающие повязки с 2% раствором ихтиола, ихтиоловая мазь, переход на 10%серно-5%дегтярную мазь после начала формирования рубца. Стационарное лечение занимает 24 дня.
5. При выздоровлении в очагах на волосистой части головы формируется рубцовая атрофия со стойким облысением (косметический дефект на всю жизнь).

Задача № 5.

В КВД поступили два брата-близнеца 13 лет с жалобами на выпадение волос и наличие высыпаний на волосистой части головы. Больны с годовалого возраста, лечились амбулаторно и в стационаре с диагнозом псориаз, без улучшения.

Дети от 2-ой беременности, росли и развивались нормально. Перенесли корь, ветряную оспу. Общее состояние хорошее. Развитие соответствует возрасту. Учатся хорошо. Кожные покровы нормальной окраски. Патологии внутренних органов не выявлено. Стул и мочеиспускание без нарушений.

Клиническая картина у братьев однотипна: голова покрыта серо-желтого цвета отрубевидными чешуйками, под ними темно-розовые пятнистые элемента размерами от 1,0x1,0 см до 2,0x2,0 и 4,0 x 4,0 см с четкими границами. Волосы пепельно-серые, лишенные блеска и эластичности, много атрофических рубцов на месте бывших очагов.

ОАК у обоих больных без патологии, за исключением легкой эозинофилии (5-6%). Биохимические и иммунологические исследования крови отклонений от нормы не выявили.

Микроскопически в чешуйках определялось обилие спор разной величины и формы, короткие нити мицелия, в волосе - короткие нити мицелия, споры округлой формы, расположенные цепочками, встречаются пузырьки воздуха. Под люминесцентной лампой серебристо-белое свечение волос. При посеве получена культура *Trichophyton Shonleinii*. При обследовании у брата, сестры и матери обнаружено то же заболевание.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Источник заражения?
3. Назначьте лечение больным.

Эталоны ответов к задаче № 5.

1. У больных: фавус волосистой части головы, сквамозно-импетигиозная форма.
2. Источник заражения - мать.
3. Лечение: гризеофульвин из расчета 16 мг на 1 кг веса, или тербинафин 250 мг в сутки - поливитамины, биостимуляторы. Наружно - бритье волос каждые 5 дней, йодно-мазевая терапия, мытье головы 2 раза в неделю низорал-шампунем. Контроль люминесцентной лампой 1 раз в неделю и микроскопическое исследование волос после прекращения их свечения. Выписка после 3х отрицательных анализов на грибы. Обычно лечение продолжается 30 дней. Диспансерное наблюдение в течение 5 лет после выписки.

Задача № 6.

Больной К., 5 лет поступает в КВД с жалобами на поражение волосистой части головы, болен около 2 месяцев, не лечился, к врачам не обращался. У матери в поликлинике обнаружено поражение кожи кистей и стоп, ногтей кистей и стоп, выставлен диагноз: Микоз кистей и стоп, микоз ногтей кистей и стоп, ребенок направлен с диагнозом: Обследование.

При поступлении общее состояние больного удовлетворительное, кожные покровы нормальной окраски. Патологии внутренних органов не выявлено, физиологические отправления в норме.

Поражена волосистая часть головы: в теменной области имеется 14 мелких шелушащихся очагов без воспалительных явлений, в очагах - поредение волос, имеются обломки на уровне 1-2 мм над уровнем кожи. На гладкой коже высыпаний нет. У матери мальчика при осмотре волосистой части головы были обнаружены атрофические плешинки и волосы, обломанные на уровне кожи - так называемые "черные точки", на подошвах и ладонях гиперкератоз и пластинчатое шелушение, ногтевые пластинки кистей и стоп грязно-серого цвета, утолщены, крошатся со свободного края, поражение ногтей тотальное. Под люминесцентной лампой свечения волос нет.

Микроскопически в пораженных волосах споры внутри волоса - поражение волос у матери и сына по типу *Trichophyton endothrix*, с ногтей стоп и кистей, кожи подошв и ладоней у матери обнаружены нити мицелия.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Источник заражения ребенка?
3. Каковы причины возникновения хронической трихофитии?

Эталоны ответов к задаче № 6.

1. У больного К.: Поверхностная антропофильная трихофития волосистой части головы (14 очагов). У его матери: Хроническая трихофития волосистой части головы, ладоней и подошв, ногтей стоп и кистей. Диагнозы подтверждены микроскопически, в посевах ожидаем рост *Trichophyton violaceum* или *Trichophyton tonsurans*.

2. Источник заражения ребенка - мать, которая в детстве заразилась, возможно, от своей матери, необходимо обследовать отца ребенка и всех родственников матери.

3. В патогенезе хронической трихофитии важную роль играют дисфункции эндокринной системы, нарушения обмена веществ, снижение иммунной реактивности, поэтому мать ребенка надо тщательно обследовать на наличие такой патологии.

4. Ребенку назначается гризеофульвин внутрь из расчета 16-18 мг на кг веса, поливитамины, растительное масло, биостимуляторы, сбривание волос, йодно-мазевое

лечение волосистой части головы. Возможно назначение тербинафина в зависимости от веса ребенка (до 20 кг - 62,5 мг в сутки). Матери назначается гризеофульвин из расчета до 50 кг -5 таблеток, далее на каждые 10 кг добавляется 1 таблетка. Сбривать волосы не обязательно, на пораженных участках волосистой части головы следует проводить мазевую терапию 10%серно-5%салициловой мазью, мытье головы низорал-шампунем 2 раза в неделю. Проводится отслойка ногтей, кожи ладоней и подошв, чистка и мазевая терапия до выздоровления. Гризеофульвин принимают до отрастания здоровых ногтей по схеме: первый месяц – ежедневно, второй месяц – через день, с 3-его месяца - 2 раза в неделю. Возможно назначение тербинафина по 250 мг в сутки в течение 3-х месяцев.

Клинические задачи по теме: Микозы стоп.

Задача № 1.

Больной А., 19 лет, студент. Поступил в микологическое отделение КВД с жалобами на наличие высыпаний на коже стоп и кистей. Болен 2 недели, месяц назад стал посещать бассейн, заметил появление трещин в межпальцевых складках стоп, пузырьков на сводах стоп, которые по совету родителей смазывал йодом, соком чистотела, наступило ухудшение, появились пузырьки на кистях. Обратился к дерматологу, был направлен на стационарное лечение.

При осмотре на коже межпальцевых складок стоп - гиперемия, мацерация, поверхностные трещины. На сводах обеих стоп кожа гиперемирована, имеется масса многокамерных пузырьков с плотной покрывкой и мутным содержимым. Некоторые пузырьки вскрылись с образованием мокнущих эрозий с серозным отделяемым. На боковых поверхностях пальцев кистей и ладонях - множество пузырьков с прозрачным содержимым. Ногтевые пластинки кистей и стоп не поражены. Субъективно: зуд кожи кистей и стоп, жжение и болезненность кожи межпальцевых складок и сводов стоп.

При микроскопировании соскобов с межпальцевых складок стоп и покрывок пузырей обнаружены нити мицелия. С кистей грибы не обнаружены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Назначьте лечение больному.

Эталонные ответы к задаче № 1.

1. У больного А. - Микоз стоп, интертригинозная и дисгидротическая форма, осложненный аллергиями кистей.

2. При такой клинике микоз стоп следует дифференцировать с дисгидротической экземой, при которой воспалительные явления распространяются на боковые поверхности и тыл стоп, грибы с очагов не обнаруживаются.

От папулезного сифилида межпальцевых складок, при котором эрозии в межпальцевых складках имеют плотный инфильтрат в основании и первоначально не бывает пузырей на их поверхности, с эрозированных папул обнаруживаются бледные трепонемы, кровь при исследовании КСР - положительная, имеются другие проявления сифилиса на коже и слизистых.

Аллергии на кистях следует дифференцировать от дисгидротической формой микоза стоп, при которой в покрывках пузырей обнаруживаются нити мицелия.

3. Лечение больного экссудативным микозом стоп проводится по принципам лечения экземы. Применяются антигистаминные препараты (тавегил, супрастин, диазолин, димедрол), десенсибилизирующие средства

(глюконат кальция), мочегонные. Наружно: примочки с 0,25% раствором серебра или 2% раствором танина, смазывание эрозий 2% водным раствором метиленового синего, для эпителизации эрозий применяется цинковая или норсульфазоловая пасты, возможно добавление к пасте стероидных кремов в небольших концентрациях в качестве этапной терапии для снятия воспалительных явлений (лоринден С, целестодерм В с гарамицином, дермазолон, микозолон). К противогрибковой терапии приступают с осторожностью после стихания воспалительных явлений и разрешения аллергических высыпаний. Больному рекомендуется диета с исключением экзотических фруктов, острой, соленой пищи.

Задача № 2

Больной Р., 14 лет, школьник, поступил в микологическое отделение КВД с жалобами на поражение кожи ладоней и подошв, ногтей стоп и кистей, болен около 5 лет, сначала появились изменения на коже стоп, с постепенным вовлечением в процесс ногтей стоп, год назад изменились ногтевые пластинки кистей. К врачам не обращался, не обследован, не лечился.

У отца аналогичное поражение кожи и ногтей стоп около 10 лет, отец также не лечился, остальные члены семьи (мать и брат) здоровы. Моется вся семья в частном бане. У мальчика с рождения отмечается сухость кожных покровов.

При физикальном исследовании патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Вес больного 50 кг.

Поражение кожи носит распространенный характер. Отмечается сухость и шероховатость кожи преимущественно разгибательных поверхностей конечностей, особенно в области локтей и колен, где, как и на коже живота имеется фолликулярный кератоз в виде мелких суховатых папул. Основной очаг поражения - на коже ладоней и подошв, которая имеет красновато-синюшный цвет, слегка инфильтрирована, диффузно утолщена, имеется обильное муковидное шелушение, более выраженное в глубоких кожных бороздах. На боковых поверхностях стоп и в области пяток имеются болезненные трещины. Поражены ногтевые пластинки 1,3,4,5 пальцев обеих стоп, 1,2,3 пальцев обеих кистей, они желтого цвета, утолщены, крошатся со свободного края, поражены на 1/2 и 3/4 площади ногтя со свободного края. Кожа волосистой части головы и волосы не поражены. При микроскопии ногтей и чешуек с ладоней и подошв обнаружены нити мицелия. В посевах рост *Tr. rubrum* (через 2 недели). С гладкой кожи конечностей и живота грибы не обнаружены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какое сопутствующее заболевание способствовало распространению поражения?
4. Лечение?
5. Профилактика?

Эталонные ответы к задаче № 2.

1. У больного Р., 14 лет - микоз стоп и кистей, сквамозно-гиперкератотическая форма, микоз ногтей 1,3,4,5 пальцев обеих стоп и 1,2,3 пальцев обеих кистей,

обусловленный *T. rubrum*. Сопутствующий диагноз: вульгарный ихтиоз в форме ксеродермии.

2. Дифференциальный диагноз следует проводить с антропофильной трихофитией, при которой также возможно поражение кожи ладоней и подошв, ногтевых пластинок кистей и стоп, кроме того, может поражаться волосистая часть головы с появлением мелких шелушащихся очагов без воспалительных явлений с поредением волос, обломанных на уровне 2-3 мм, в этом возрасте уже может быть черноточечный вариант поражения волосистой части головы, когда в височных и затылочных областях можно обнаружить атрофические плешинки и "черные точки" - обломанные на уровне кожи волосы, иногда прикрытые чешуйками. Расположение спор в волосе по типу эндотрикс. При хронической трихофитии может поражаться и гладкая кожа в области ягодиц, коленных суставов, предплечий. Очаги красновато-синюшного цвета без четких границ с шелушением и папулами на поверхности. Ногтевые пластинки чаще грязно-серого цвета, при культуральном исследовании - рост *T. violaceum*.

3. В этом случае распространению микоза способствовал ихтиоз в форме ксеродермии.

4. Лечение этого больного необходимо проводить с применением антимикотика общего действия: гризеофульвина из расчета 16 мг/кг веса, при весе 50 кг - 5 таблеток (до отрастания здоровых ногтей по схеме).

Возможно назначение ламизила по 250 мг в сутки в течение 3 месяцев. Одновременно проводится наружная терапия фунгицидно-кератолитическими средствами с наложением отслоек на 48 часов, чисткой ногтей после содово-мыльной ванночки и лечение ногтевого ложа до отрастания здоровых ногтей с использованием противогрибковых и кератолитических пластырей, мазей. Роговой слой на ладонях и подошвах отслаивается с помощью бензойно-салицилового коллодия - наносится 2 раза в день - 5-6 дней, затем на 12 часов 5% салициловая мазь под компресс, удаление размягченного рогового слоя после содово-мыльной ванны, затем на ладони и подошвы наносят различные противогрибковые мази до излечения. Одновременно внутрь назначают поливитамины, витамины группы А, Е, средства, улучшающие микроциркуляцию - никотиновая кислота, трентал.

5. Во время лечения проводится текущая дезинфекция обуви, перчатки необходимо выбросить.

Необходимо лечить одновременно всех: членов семьи. При посещении бань и душевых носить закрытые резиновые тапочки. Нельзя носить обезличенную обувь.

Задача № 3.

Больная З. 60 лет, поступила в РКВД с жалобами на поражение всех ногтей стоп, наличие трещин и утолщение кожи подошв.

Больна в течение 20 лет. Несколько раз безуспешно лечилась гризеофульвином. Страдает гипертонической болезнью последние 7 лет.

На коже подошв выраженный гиперкератоз, шелушение, которое переходит на подошвенную поверхность пальцев, цвет кожи красновато-синюшный. Все ногтевые пластинки пальцев стоп поражены тотально – они желтого цвета, с выраженным подногтевым гиперкератозом, крошатся со свободного края. На остальных участках кожи высыпаний нет. При микроскопии грибы обнаружены с ногтей и подошв. При посеве рост *T. rubrum*.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?
3. Профилактика?

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. У больной микоз стоп, гиперкератотическая форма, микоз ногтей стоп, обусловленный *T. rubrum*.

2. В связи с безуспешностью лечения гризеофульвином, наличием гипертонической болезни больную следует лечить тербинафином по 250 мг 1 раз в сутки в течение 3 месяцев, комбинировать с наружным лечением ногтей и кожи стоп. Для удаления ногтей накладываются отслойки из 10% ЙБСД пластыря на 48 часов, после содово-мыльной ванночки пораженные ногти удаляются, проводится чистка ногтевого ложа, затем до отрастания здоровых ногтей проводится лечение ложа с использованием противогрибковых и кератолитических наружных лекарственных средств. Возможно применение крема в наборе для ногтей МИКОСПОР, лака для ногтей БАТРАФЕН. Роговой слой на подошвах отслаивается с помощью 40% бензойно-салицилового коллодия - наносить 2 раза в день 6 дней, затем применяются фунгицидные мази.

3. Профилактика: дезинфекция обуви и чулок во время лечения, диспансерное наблюдение в течение года с явкой 1 раз в квартал после излечения, осмотр и лечение членов семьи. Соблюдение правил личной гигиены, ношение индивидуальной обуви, пользование индивидуальными ножницами, пилками, кусачками, посещение бани в закрытых резиновых тапочках.

Задача № 4.

Больной К, 56 лет. Поступил в РКВД с жалобами на поражение ногтей и гладкой кожи. Болен 3 года, лечился противогрибковыми мазями без особого эффекта.

Общее состояние удовлетворительное, при обследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

При осмотре на гладкой коже в области плечевого пояса, живота, ягодиц, бедер имеются очаги розового цвета с четкими границами, фолликулярными папулами по периферии очагов и шелушением в очагах, размеры очагов с ладонь. Ногтевые пластинки всех пальцев стоп утолщены, с подногтевым гиперкератозом, в межпальцевых складках стоп и на подошвах отрубевидное шелушение.

При микроскопии с подошв, межпальцевых складок стоп, ногтей и очагов гладкой кожи обнаружены нити мицелия. В посеве рост гриба *Tr. rubrum*.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Меры профилактики?

Эталоны ответов к задаче № 4.

1. У больного К. микоз стоп, сквамозная форма, микоз ногтей всех пальцев стоп, микоз гладкой кожи, обусловленный *T. rubrum*.

2. Лечение: тербинафин 250 мг в сутки в течение 3 месяцев, витамины А, Е, препараты, улучшающие микроциркуляцию (трентал, никотиновая кислота), отслойки на ногти, удаление ногтей, лечение ногтевого ложа до отрастания здоровых ногтей. На гладкую кожу - фунгицидные мази: 20% серная, ламизил, клотримазол, залаин и др. Обследовать больного (иммунограмму) для выявления причины диссеминации грибкового поражения.

3. Профилактика: обработка одежды, обуви, носков несколько раз в процессе лечения, диспансерное наблюдение дерматолога по месту жительства, соблюдение мер личной профилактики членами семьи больного.

Клинические задачи по теме: Кандидоз.

Задача № 1(для стоматологического факультета).

Больной М., 13 лет обратился с жалобами на болезненность и жжение в области языка, слизистой оболочки рта, не связанные с приёмом пищи. Жалобы появились после лечения ангины антибиотиками.

Объективно: на спинке языка имеются плотно сидящие пленки белого цвета, при отделении которых обнаруживаются эрозированные поверхности. Микроскопически обнаружен псевдомицелий, при посеве – рост дрожжеподобных грибов *Candida*.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Меры профилактики?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Кандидоз слизистой оболочки полости рта.
2. Для лечения кандидоза слизистых возможно применение антисептиков с противогрибковым действием в форме смазываний или полосканий: 10-15 % раствор буры в глицерине, 0,12% раствор хлоргексидина биглюконата, 0,1% раствор гекситидина («гексорал», выпускается также в форме аэрозоля). Полоскания проводятся 10-15 мл раствора в течение 30-60 сек после приема пищи 2 раза в день. Антисептики нельзя проглатывать.

При хроническом кандидозе слизистых назначают системные антимикотики в течение 2-3 недель: флуконазол взрослым по 50-100 мг в сутки ежедневно, детям из расчета 3-5 мг на кг массы тела, взрослым - итраконазол по 100-200 мг в сутки, кетоконазол по 200 мг в сутки ежедневно.

3. При применении антибиотиков, не дожидаясь развития кандидоза, следует назначать флуконазол по 150 мг 1 раз в неделю.

Задача № 2

У ребенка 3-х дневного возраста в родильном доме на слизистой щек обнаружен творожистый налет, гиперемия слизистой оболочки. Ребенок плохо сосет грудь, беспокоен. Микроскопически обнаружен псевдомицелий, почкующиеся клетки (дрожжеподобные).

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Меры профилактики?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. Кандидоз слизистой оболочки рта.
2. Лечение: наружно-водные растворы анилиновых красителей 1-2%, 10% р-р буры в глицерине.

3. Предупреждение кандидоза у новорожденных включает: обследование на грибы беременных в женских консультациях; лечение при выявлении у них кандидоза; санация родовых путей при выявлении кандидоносительства; изоляция из общих палат рожениц, не прошедших санации или лечения; наблюдение за детьми, родившихся от несанированных матерей, особенно в первые 7 дней жизни – осмотр и обследование на грибы.

При выявлении кандидоза у новорожденных их изолируют и назначают противогрибковую терапию на 2 недели, контроль продолжается в поликлинике.

В роддоме для матерей и новорожденных с проявлениями кандидоза выделяются отдельные предметы обихода и инструменты, которые дезинфицируются кипячением в течение 30 минут, или автоклавированием в течение 1 часа.

Медицинский персонал с подозрением на кандидоз, не допускается к работе в роддомах, детских отделениях поликлиник и больниц.

Задача № 3.

В женскую консультацию обратилась больная 25 лет с жалобами на сливкообразные выделения из половых органов, зуд и резкую болезненность при мочеиспускании. По профессии – учитель. Больной себя считает последние полгода, незамужем. При опросе больной было установлено, что зуд усиливается во время менструации. Перенесенные заболевания и операции – хронический тонзиллит, частые ОРВИ, сахарный диабет, аппендэктомия полгода назад, лечение антибиотиками.

Объективно: на слизистой оболочке вульвы и влагалища имеются налеты серо-белого цвета, резко ограниченные гиперемированной каймой. Налеты «сидят» плотно, слизистая оболочка в области поражения склонна к кровоточивости.

Данные общего анализа крови: Нв 120 г/л, эр. $3,7 \cdot 10^{12}/л$, Л $6,4 \cdot 10^9/л$, Э. 1%, П. 1%, С. 65%, лимф. 30%, мон. 3%, СОЭ 18 мм/ч.

Анализ мочи и кала в пределах нормы. Сахар крови – 7,5 ммоль/л, протромбиновый индекс 90%, реакция Вассермана и осадочные пробы отрицательные.

Микроскопически (трёхкратно) обнаружены псевдомицелий и почкующиеся клетки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Достаточен ли объем проведенных исследований для подтверждения диагноза?
3. Лечение?
4. Меры профилактики?

Эталонные ответы к задаче № 3.

1. Кандидозный вульвовагинит.

2. При постановке диагноза поверхностного кандидоза достаточно обнаружения при микроскопии патологического материала (соскоба со слизистых оболочек) элементов гриба – почкующихся клеток и псевдомицелия в нативном или окрашенном анилиновыми красителями препарате. Посев на питательную среду и выделение культуры гриба необходимы для определения вида возбудителя и тестирования его на чувствительность к антимикотику. Большое значение в диагностике имеют соответствующие клинические проявления, количественный учет колоний и увеличение их числа при прогрессировании заболевания. В диагностике учитываются положительные результаты серологических реакций: достоверной считается положительная реакция агглютинации в разведении сыворотки не ниже 1:200, РИФ

(непрямой метод) считается положительной при свечении 4+,3+,2+. Результаты серологических реакций учитываются в комплексе с данными микроскопических исследований – не менее 3-х с интервалом 3 дня, и клиникой кандидоза.

3. При хронических формах кандидоза гениталий назначают системные антимикотики. При рецидивирующей хронической форме (не менее 4-х эпизодов в год) - начальный курс – по 50 мг флуконазола 1 раз в день 14 дней, или по 150 мг 1 раз в 3 дня – в течение двух недель (5 капсул). Профилактика рецидивов - 150 мг 1 раз в неделю – 3-4 месяца. При персистирующей форме хронического вульвовагинального кандидоза (симптомы сохраняются постоянно, несколько стихая после лечения) флуконазол назначается по 150 мг 1-2 раза в месяц в течение 12-24 месяцев при обязательной коррекции предрасполагающих состояний (сахарный диабет у нашей больной). При невозможности определения вида возбудителя ВВК (известно, что *C. krusei* и *C. glabrata* устойчивы к флуконазолу) и его чувствительности к антимикотику следует назначать итраконазол по 200 мг 1 раз в день 3 дня, затем для предотвращения рецидивов – по 200 мг в 1 день каждой менструации в течение 5-6 месяцев.

3. Лечение сахарного диабета. При применении антибиотиков, не дожидаясь развития кандидоза, следует назначать флуконазол по 150 мг 1 раз в неделю.

Задача № 4.

Больная В., 1938 г.р., обратилась с жалобами на изменение ногтевых валиков, цвета ногтевых пластин I пальца правой кисти и III пальца левой кисти,

а также на покраснение кожи стоп, зуд. Из анамнеза: в октябре 2006 г. лечилась у хирурга по поводу панариция I пальца правой кисти.

При осмотре: ногтевые валики отечны, гиперемированы, болезненны. Свободные края ногтевых пластин желтого цвета.

При культуральном исследовании материала с ногтевых валиков кистей выявлены *Candida albicans* и *S. epidermidis*.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение.

Эталонные ответы к задаче № 4.

1. Диагноз: паронихия кандидозная.
2. Возможно назначение 2% крема залаин, учитывая его эффективность при хронически протекающих микозах с наличием сопутствующей бактериальной инфекции. Применять наружно 2 раза в день в течение 2-3 недель.

Клинические задачи по теме: хейлиты. Предраковые заболевания губ и слизистой оболочки.

Задача № 1.

Больной Ш. 43 лет, дворник, обратился с жалобами на сухость губ, чувство стягивания. Объективно: нижняя губа гиперемирована, слегка инфильтрирована, сухая, покрыта мелкими чешуйками.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение.
3. Прогноз?

4. Рекомендации по трудоустройству.

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Диагноз: метеорологический хейлит.
2. Лечение: витамина: А, Е, С, В2, В6, В12, РР. Красную кайму губ необходимо смазывать гигиенической губной помадой или фотозащитными ожиряющими кремами, мазями. При выраженных воспалительных явлениях в течении 7-10 дней рекомендуется применение 0,5% преднизолоновой мази.
3. Прогноз: благоприятный, но при длительном течении возможно развитие на фоне заболевания облигатных форм предрака.
4. Профилактика: перевод больных по возможности на работу, не связанную с раздражающим действием метеорологического фактора. При невозможности перевода следует рекомендовать смазывание красной каймы губ ожиряющими мазями, кремами или гигиенической губной помадой.

Задача № 2.

Больная А., 25 лет, обратилась с жалобами на поражение губ, жжение, зуд. Больна несколько дней, после того, как сменила губную помаду.

Объективно: поражены красная кайма и кожа губ, где имеется отечность, гиперемия, везикулы, часть из которых вскрылась, образуя эрозии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Дайте рекомендации.

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. Диагноз: аллергический хейлит от помады.
2. Лечение: на 1-2 дня назначить примочку с 2% раствором борной кислоты, затем, кортикостероидные мази (0,5% преднизолоновая, локоид, адвантан и др.), внутрь антигистаминные препараты; витамин А по 10 капель 3 раза в день.
3. В дальнейшем рекомендуется пользоваться качественной губной помадой, при необходимости - санация полости рта.

Задача № 3.

Больной М, 30 лет, жалуется на поражение губ. Болен 2 месяца. Применял жирные кремы, гигиеническую губную помаду с временным эффектом. Из анамнеза выявлен тиреотоксикоз легкой степени. Проведена санация полости рта.

Объективно: локализация процесса ограничивается только красной каймой обеих губ. Область поражения покрыта сероватыми чешуйками, прилегающими своей частью к красной кайме губ, их свободные края слегка приподняты.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Прогноз?

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Диагноз: эксфолиативный хейлит (сухая форма).

2. Лечение: лечение тиреотоксикоза, антидепрессанты (амитриптилин по 0,025г 2 раза в день) и транквилизаторы (триоксазин по 0,03 г 3 раза в день или элениум по 0,01г 3 раза в день), иглорефлексотерапия. Местно: ожиряющие крема и мази.

3. Прогноз: заболевание может протекать хронически.

Задача № 4.

Женщина 45 лет обратилась к стоматологу с жалобами на поражение губ. При осмотре на красной кайме губ имеются корки серо-желтого цвета, микроэрозии ярко-красного цвета с гладкой поверхностью. Больную беспокоит жжение, болезненность, особенно при смыкании губ.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать?
3. Составьте план лечения больной.

Эталоны ответов к задаче № 4.

1. Хейлит эксфолиативный, экссудативная форма.

2. Следует дифференцировать с экссудативной формой актинического хейлита, с абразивным преинвазивным хейлитом Манганотти, с метеорологическим хейлитом, с контактным аллергическим и атопическим хейлитом, с акантолитической пузырьчаткой, эрозивно-язвенной формой красной волчанки и красного плоского лишая.

4. Седативные и транквилизаторы, поливитамины с микроэлементами, наружно - аппликация кератопластиков (витамин А, витамин Е в масле, каратолин, аекол, масло шиповника), солкосерил дентальная адгезивная паста 3-4 раза в день, аппликации кортикостероидных кремов 3-4 раза в день по 20 минут.

Задача № 5

Мужчина 40 лет обратился к стоматологу с жалобами на сухость губ, иногда жжение. Со слов больного эти ощущения появляются периодически. При осмотре на красной кайме губ имеются бледно-серые чешуйки, плотно прикрепленные в центре к поверхности красной кайме губ и несколько отстают по краям. Комиссуры рта свободны от высыпаний.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференцированный диагноз.
3. Назначьте лечение.

Эталоны ответов к задаче № 5.

1. Хейлит эксфолиативный, сухая форма

2. Необходимо дифференцировать с атопическим дерматитом, при котором поражается не только красная кайма, но и кожа губ.

3. Седативные и транквилизаторы, поливитамины с микроэлементами . наружно: аппликация кератопластиков (витамин А, витамин Е в масле, каратолин, аекол, масло шиповника), при выходе на улицу индифферентные кремы - «Детский»

Задача № 6.

Больной С, 30 лет, тракторист, обратился с жалобами на зуд, жжение, болезненность губ, иногда появляются трещины. Болен несколько лет, не лечился. Обострения наступают в весеннее - летнее время.

Объективно: нижняя губа отечна, ярко-красного цвета, имеются участки ороговения.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Назначьте лечение.
3. Прогноз?
4. Профилактика?

Эталоны ответов к задаче № 6.

1. Диагноз: актинический хейлит.
2. Лечение: никотиновая кислота, витамины группы В (В2, В6, В12), А, Е, С, в сочетании с синтетическими антималярийными препаратами (делагил по 0,25г 2 раза в день в течении 2-3 недель). Наружно: 0,5% преднизолоновая мазь, локоид, адвантан и др.)
3. Прогноз: благоприятный, но длительное существование может служить фоном для развития предраковых заболеваний.
4. Профилактика: избегать инсоляции, изменить профессию, если она связана с длительным пребыванием на открытом воздухе, применение фотозащитных мазей или кремов.

Задача № 7.

Больной 62 лет обратился с жалобами на поражение красной каймы нижней губы. Болен в течение года. На нижней губе появляются поверхностные эрозии, которые медленно заживают, но вскоре появляются вновь, некоторые покрываются корочками.

Объективно: на красной кайме нижней губы - две эрозии овальной формы с гладкой поверхностью красного цвета, не кровоточат, дно эрозии не уплотнено, вокруг небольшая гиперемия.

При обследовании полости рта - наличие кариозных зубов, пародонтоз. Из анамнеза также выявлены гастрит, гепатохолицистит.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение.
3. Каков прогноз заболевания?
4. Профилактика?

Эталоны ответов к задаче № 7.

1. Диагноз: абразивный преинвазивный хейлит Манганотти.
2. Лечение: если при цитологическом исследовании не выявлено признаков озлакачивания, то назначается: концентрат витамина А по 10 капель 3 раза в день, неробол. Аппликации концентрата витамина А, смазывание: фукоцином, мази, содержащие метилурацил, солкосерил. Лечение патологии ЖКТ, санация полости рта, протезирование.
3. Прогноз: при отсутствии озлакачивания и проведении патогенетической терапии - благоприятный.

4. Профилактика: в целях профилактики следует предотвращать травмирование губы, избегать чрезмерной инсоляции, проводить рациональное протезирование зубов.

Клинические задачи по теме: Сифилис первичный

Задача № 1.

Больной Ж. 34 года, поступил в КВД 26.10. с жалобами на наличие болезненной язвы на половом члене и болезненного уплотнения в правой паховой области, затрудняющую ходьбу. Заболел 7.10., когда на половом члене появилась язва величиной со спичечную головку и болезненные лимфоузлы с вишню в правой паховой области. Через неделю узлы спаялись в болезненные конгломераты, препятствующие ходьбе, через неделю больной обратился к врачу и был направлен в стационар.

Из анамнеза: женат, 31.09 во время отпуска имел половой контакт со случайной партнершей.

Из перенесенных заболеваний отмечает в детстве частые ангины, воспаление легких, фурункулез, тонзиллит. Страдает алкоголизмом.

При осмотре: правильного телосложения, повышенного питания, в области внутреннего листка крайней плоти справа имеется язвочка бледно-красного цвета, размером 0,3х0,3 см овальной формы, плотно-эластической консистенции, безболезненная при пальпации. Справа паховые лимфатические узлы увеличены до размеров лесного ореха, спаяны в конгломерат, с явлениями периаденита и воспаления кожи. При пальпации конгломерат малоподвижен, плотноэластической консистенции, безболезненный. В отделяемом твердого шанкра при микроскопии найдена бледная трепонема, КСР отрицателен. РИФ 4+, РПГА 4+. Через 5 дней КСР стал слабоположительным.

Анализ крови: эр. $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, НВ 150 г/л, л $7,6 \cdot 10^9$ /л, Э.6% п. 3%, с.43%, лимф 36 % , мон. 7%, СОЭ 15 мм/час.

Общий белок 67 г/л, белковые фракции: альбумин 40,1%, α_1 - глобулин 8,8%, α_2 -глобулины 14%, γ -глобулины 22,8%, сахар крови - 4 ммоль/л, ПТИ 109%.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование?
2. В чем особенности клиники заболевания у данного больного?
3. Чем вы можете объяснить эти особенности?
4. Какое лечение следует назначить больному?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. У больного сифилис первичный серопозитивный (твердый шанкр, атипичный регионарный склераденит, РИФ 4+, РПГА 4+. КСР - слабо положительный.

2. Особенности данного случая: короткий инкубационный период (8 дней), атипичное течение регионарного лимфаденита, его возникновение одновременно с твердым шанкром.

3. Атипичное течение регионарного лимфаденита объясняется гиперергической реакцией организма на внедрение возбудителя (гипергамма-глобулинемия, эозинофилия), возможно обусловлено наличием очагов фокальной инфекции.

Короткий инкубационный период, очевидно, связан со снижением иммунной защиты, возможно, врожденного характера (частые ангины), усугубляемым алкоголизмом.

4. Лечение этого больного должно быть комплексным: кроме положенного курса пенициллина водорастворимого по 1 млн. Ед x 4раза в сутки 10 дней, необходимо

подключить гипосенсибилизирующую (антигистаминные, хлористый кальций 10% 10,0 внутривенно) и неспецифическую терапию (витамины, экстракт алоэ) и местное физиотерапевтическое лечение в виде процедур УВЧ на лимфоузлы в паховой области.

Задача № 2.

Женщина 36 лет обратилась к гинекологу в связи с наличием безболезненной припухлости правой половой губы, несколько затрудняющей движение. Больна около трех недель. По назначению врача-гинеколога принимала стрептоцид внутрь и УФО местно без улучшения. При повторном осмотре замечено увеличение паховых лимфатических узлов на стороне опухоли и назначены исследования серологических реакций крови.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях следует думать?
2. Какие клинические проявления сходны с бартолинитом?
3. Какие симптомы не характерны для бартолинита?
4. Какая тактическая ошибка допущена гинекологом?
5. Как следовало поступить?
6. Какие результаты серологического исследования крови ожидаются в подобной ситуации?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. Атипичный твердый шанкр при первичном сифилисе (индуративный отек), бартолинит.
2. Припухлость большой половой губы.
3. Отсутствие болезненности и нарушения общего состояния.
4. Назначено лечение без полного обследования.
5. Взять кровь на серологические реакции на сифилис.
6. Положительные.

Задача № 3.

На прием к врачу КВД обратился молодой человек с явлениями фимоза, развившимся неделю назад. Паховые лимфоузлы увеличены до размера мелкой сливы, плотноэластической консистенции, подвижные. Безболезненные, кожа над ними не изменена. Больной не женат. Имел случайную половую связь 1 месяц тому назад.

Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. Какие исследования необходимо назначить?

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Сифилис первичный (твердый шанкр, осложненный фимозом).
2. Исследование на бледную трепонему пунктата паховых лимфоузлов, серологические реакции (КСР, РИФ, РПГА, ИФА).

Клинические задачи по теме: Вторичный сифилис. скрытый сифилис

Задача № 1.

Больная Л., 27 лет, в мае появились высыпания на нижней губе, которые она в течение 2 недель смазывала раствором бриллиантового зеленого. В связи с отсутствием улучшения обратилась к стоматологу, который назначил левомецетиновую мазь, после применения которой высыпания на губах исчезли, но вскоре появились высыпания на туловище. Больная обратилась в КВД, где серологические исследования на сифилис оказались резко положительными с титром 1 : 120.

При осмотре на нижней губе имеются две эрозии овальной формы, размером 1х1 см, покрытые кровянистыми корочками с плотным инфильтратом в основании. Подчелюстные лимфоузлы размером с фасоль, безболезненные, плотные на ощупь, не спаянные с окружающими тканями. На коже туловища обильная мелкопятнистая розеолезная сыпь. Остальные участки кожи и слизистых свободны от высыпаний, периферические лимфоузлы увеличены.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз твердого шанкра такой локализации?
3. Тактика врача в отношении тесных бытовых контактов?
4. Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. У больной вторичный сифилис кожи и слизистых (вторичный свежий) (шанкр нижней губы, регионарный лимфаденит, розеолезная сыпь, полисклераденит).

2. Следует проводить дифференциальную диагностику с импетигиозной, травматической, герпетической эрозиями и эпителиомой.

3. Следует проводить превентивное лечение тесным бытовым контактам - детям до 3-х лет - в обязательном порядке, детям более старшего возраста и взрослым - если имели место пользование одной посудой, помадой, зубной щеткой, докуривание сигареты и другие проявления низкой санитарной культуры.

4. Для подтверждения диагноза необходимо обнаружение бледной трепонемы из отделяемого шанкра или пунктата лимфоузлов, возможно подтверждение при помощи специфических серологических реакций РИФ, РПГА, ИФА.

Задача № 2.

Больной М, 17 лет, воспитанник детского дома. Половая связь со случайной знакомой 11.09. Считает себя больным с конца сентября, когда заметил на внутреннем листке крайней плоти полового члена язвочку. Не лечился. В ноябре появился зуд в перианальной области, слабость, недомогание, стали выпадать волосы. Обратился к врачу с жалобами на мокнутие в межпальцевых складках стоп, болезненность, появление трещин и эрозий. Был установлен диагноз: интертригиозная форма микоза стоп. Назначены фунгицидные средства. Проводимое лечение не дало результатов и больной 23.12 был госпитализирован.

При поступлении: жалобы на общую слабость, вялость, боли в ногах, мокнутие в межпальцевых складках. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы бледные, тургор нормальный. На задней поверхности шеи имеются участки депигментации на гиперпигментированном фоне, отмечается диффузное поредение волос. Зев резко гиперемирован, на миндалинах, слизистой оболочке полости рта и губ папулезная сыпь опалового цвета, на наружном листке крайней плоти полового члена и коже множественные лентикулярные и эрозированные папулы медно-красного цвета. В перианальной области отмечены лентикулярные, нумулярные и гипертрофические папулы ветчинно-красного цвета. На коже ладоней и подошв - множественные папулезные элементы буровато-красного цвета, округлой формы, размером с чечевицу. На отдельных элементах отмечается периферическое шелушение по типу воротничка Биетта. В межпальцевых складках стоп обильное мокнутие, множественные эрозивные папулезные элементы с явлениями мацерации эпидермиса. Выраженный полиаденит: увеличены периферические лимфоузлы, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. КСР А₁ 4+, А₂ 4+, МР 4+, титр 1:80. РИБТ 90%, РИФ 4+. С эрозированных папул обнаружена бледная трепонема, с межпальцевых складок стоп обнаружены нити мицелия. Вопросы:

1. Ваш диагноз, обоснование?

2. Какое лечение следует назначить больному?
3. Консультация какого специалиста необходима?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. У больного сифилис вторичный рецидивный (сифилис вторичный кожи и слизистых). Диагноз выставлен на основании наличия облысения, сифилитической лейкодермы, папул слизистой полости рта, эрозированных папул половых органов, гипертрофированных папул межпальцевых складок, специфического полисклераденита, резко положительного КСР, титр 1:80, обнаружения

трепонем с эрозированных папул. Сопутствующий диагноз: Микоз стоп, интертригинозная форма (нити мицелия обнаружены с межпальцевых складок стоп).

2. Лечение по схеме вторичного сифилиса кожи и слизистых: водорастворимым пенициллином по 1 млн. ЕД 4 раза в сутки в течение 20 дней. Необходимо одновременно проводить местное лечение микоза стоп.

3. Необходима консультация невропатолога, т.к. известно, что при сифилитической лейкодерме могут выявляться изменения со стороны нервной системы.

Задача № 3.

Больной А., 24 лет, обратился в медпункт железнодорожного вокзала, где он работал, с жалобами на общее недомогание. При осмотре выявлена обильная пятнистая сыпь на туловище, бедрах, гиперемия зева, повышение температуры тела до 37,7°. С диагнозом кори больной был госпитализирован в инфекционную больницу, где в течение недели находился в одной палате с детьми и ухаживал за ними. После получения положительных результатов КСР консультирован дерматовенерологом.

При осмотре: на внутреннем листке крайней плоти имеется язва размером 1,5x1,5 см с четкими ровными границами, блюдцеобразной формы, с гладким «лакированным» дном, цвета испорченного сала. В основании язвы определяется инфильтрат плотноэластической консистенции, паховые лимфоузлы увеличены до размеров фасоли, плотноэластической консистенции, не спаяны друг с другом и окружающими тканями, безболезненные, кожа над ними не изменена. На туловище, коже плеч и бедер имеется овальная, округлая до 1 см в диаметре, не склонная к слиянию розеолезная сыпь. При надавливании пятна исчезают. Кожа лица, кистей и стоп свободна от высыпаний.

При осмотре полости рта: на дужках, мягком небе, языке и миндалинах слизистая отечна, застойно-красного цвета с четкими границами очага поражения. При глотании у больного ощущение неловкости.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. Какова должна быть тактика врача дерматовенеролога в отношении дальнейшего лечения больного?
3. Какие противоэпидемические мероприятия следует проводить в данном случае?
4. Причины диагностической ошибки, допущенной медработниками?
5. Какие могут быть результаты КСР у данного больного, предположительные сроки заражения?

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. У больного сифилис вторичный кожи и слизистых (вторичный свежий) (твердый шанкр, регионарный лимфаденит, обильная розеолезная сыпь).

2. Больного следует перевести в КВД на стационарное лечение по схеме вторичного сифилиса кожи и слизистых.

3. Следует расспросить больного о его половых и тесных бытовых контактах, обследовать их, выяснить источник заражения. Детям, находившимся в тесном бытовом контакте (в одной палате) с больным следует провести превентивное лечение (в инфекционном стационаре), после чего они должны пройти однократный клинико-серологический контроль через 3 месяца.

4. Причиной диагностической ошибки в этом случае явилась особенность клинических проявлений вторичного свежего сифилиса: появление розеолезной сыпи в сочетании с повышением температуры и симптомами общего недомогания.

По причине отсутствия настороженности в отношении венерического заболевания работников медпункта и врачей инфекционной больницы больному не было проведено полного осмотра кожных покровов, не был подробно собран анамнез заболевания, больной не был направлен на консультацию к дерматовенерологу. Инфекционисты не учли, что при кори сыпь обильная, крупная, яркая, сливающаяся, сначала появляется на лице, шее, туловище и конечностях, в том числе и на тыле кистей и стоп. Отсутствовали у больного пятна Филатова-Коплика на слизистой щек и губах.

5. Предположительные данные КСР А1 4+, А2 4+, МР 4+, титр 1:320. Сифилис вторичный свежий развивается через 2-3 месяца после заражения.

Задача № 4.

Больная К. 27 лет. Выявлена как половой партнер больного, у которого диагностирован вторичный сифилис кожи и слизистых. При клинико-серологическом обследовании сифилис не установлен (КСР, РИФ, РПГА, ИФА, РИБТ отрицательны). В связи с тем, что с момента последнего контакта прошло более 4-х месяцев, согласно инструкции, оставлена под клинико-серологическим контролем. КСР неоднократно были отрицательны, но наблюдалась выраженная тенденция к нарастанию иммобилизации РИБТ (47-75%, затем 100%), а также увеличение позитивности РИФ (2+, 3+, 4+).

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение следует проводить больной?
3. Какие могли бы быть последствия, если бы серологический контроль проводился только при помощи КСР?

Эталонные ответы к задаче № 4.

1. У больной - ранний скрытый сифилис.
2. Необходима госпитализация в стационар и лечение по схеме раннего сифилиса: по 1 млн ЕД через каждые 6 часов (4 раза в сутки) в течение 20 дней.
3. Если бы не исследовались РИБТ и РИФ, то заражение было бы пропущено, и больная могла бы быть выявлена через многие годы "случайно" в стадии позднего сифилиса (скрытого, сифилиса внутренних органов или нервной системы).

Клинические задачи по теме: Сифилис третичный

Задача № 1.

Больная М., 48 лет, в течение 4-х месяцев лечилась в участковой больнице по поводу язвенной пиодермии. В связи с безрезультатностью терапии направлена на консультацию к дерматологу. При осмотре в правой подчелюстной области имеется очаг слившихся, расположенных на небольшом расстоянии друг от друга бугорков, образующих обширную бляшку диаметром 5-10 см, резко ограниченную от видимо здоровой кожи и возвышающуюся над ней на 1-2 см. Бляшка плотной консистенции, темно-багрового цвета. В центре имеются изъязвившиеся бугорки.

Вопросы:

1. Можно ли поставить диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Когда можно использовать пробное лечение при сифилисе?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Нет. Но можно заподозрить третичный сифилис на основании наличия бугоркового сифилида "площадкой".

2. Для подтверждения диагноза необходимо исследовать кровь на КСР, РИБТ, РИФ, РПГА, ИФА провести гистологические исследования биоптата в очагах. Поможет сбор анамнеза и данные конfrontации.

3. Бугорковый сифилид "площадкой" следует дифференцировать с туберкулезной волчанкой (консистенция бугорков при туберкулезе мягкая - положительные симптомы «зонда» и «яблочного желе»), туберкулоидным типом лепры (бляшки, образующиеся в результате слияния мелких бугорков с запавшим центром и приподнятым валикообразным краем). Отличительным признаком при лепре является отсутствие температурной, болевой и тактильной чувствительности в очагах поражения, а также в 10 см вокруг них - отсутствие потоотделения.

4. Когда нет возможности ни подтвердить, ни опровергнуть диагноз третичного сифилиса (недоступность специфических серологических реакций), положительная динамика высыпаний на фоне пробного лечения свидетельствует в пользу диагноза третичного сифилиса.

Задача № 2.

Больной М., 35 лет, повар, поступил в клинику в апреле 2005 года с жалобами на высыпания на лобке и спинке тела полового члена, не сопровождающиеся субъективными ощущениями.

Холост, ведет беспорядочную половую жизнь, гомосексуальные контакты отрицает. 3 года назад имел половую связь с малознакомой женщиной, через 4 недели после этого на половом члене возникла безболезненная язвочка. К врачам не обращался, не лечился. Язва зарубцевалась самопроизвольно, оставив рубец величиной с 1-копеечную монету.

Через 1,5 года после этого появились высыпания на лобке, которые распространились на тело полового члена. К врачам не обращался, не лечился. Продолжал работать поваром, часто менял место работы, избегал медицинских осмотров, однако при одном из них был направлен с предположительным диагнозом первичного сифилиса.

При осмотре в клинике на коже лобка обнаружен очаг поражения диаметром около 10 см. Центр очага представлен зоной рубцовой атрофии, по периферии которой располагалась полоса изъязвления в виде подковы. Изъязвление имеет четкие границы, ровное дно и распространяется на тело полового члена с одной стороны и на кожу паховой складки с другой. По краю его проходит вал, состоящий из бугорков синюшно-розового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены.

КСР А₁ 4+, А₂ 3+, МР 3+, титр 1: 5

От исследования спинномозговой жидкости больной отказался. Со стороны внутренних органов специфической патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Какое лечение следует назначить больному?
4. Каковы сроки диспансерного наблюдения при таком диагнозе?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. Сифилис третичный активный (серпегинирующий бугорковый сифилид).
2. Диагноз поставлен на основании анамнестических данных о появлении безболезненной язвочки три года назад через 4 недели после контакта с малоизвестной женщиной, на основании клинической картины (наличие бугорковых высыпаний, изъязвления в виде подковы и зоны рубцовой атрофии) и данных КСР.
3. Лечение больных третичным сифилисом проводится двумя курсами водорастворимого пенициллина или прокаин-пенициллина.
4. Сроки диспансерного наблюдения при третичном сифилисе - как минимум 3 года. Решение о снятии с учета или продлении сроков наблюдения принимается индивидуально.

Задача № 3.

Больная М., 62 лет, доярка, обратилась к дерматовенерологу по поводу высыпаний на голени, которые появились после травмы (ушиб копытом коровы). Аналогичные высыпания возникали и раньше на предплечье. Они были болезненными и без лечения регрессировали на протяжении нескольких месяцев, оставляя после себя рубцы.

При поступлении высыпания локализовались на передней поверхности верхней трети левой голени области локтевого сустава. Очаг поражения на передней поверхности левой голени размером 7x10 см имел овальные очертания и был представлен близко расположенными друг к другу бугорковыми элементами разной стадии развития, синюшно-буроватого цвета, величиной от конопляного зерна до чечевицы, плотной консистенции, окружающими в виде кольца зону рубцово - измененной кожи.

На коже в области локтевого сустава сгруппированные бугорковые элементы красновато-буроватого цвета, размером с горошину, плотной, консистенции, расположенные изолированно, но довольно близко друг к другу. В области разгибательной поверхности левого предплечья - обширный мозаичный рубец. Субъективные ощущения отсутствовали. КСР А₁ 3+, А₂ 3+, МР 2+.

От люмбальной пункции больная отказалась. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Какие дополнительные исследования можно провести для подтверждения диагноза?
4. Какая эпидемическая работа должна быть проведена дерматовенерологом?

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Сифилис третичный активный (сгруппированный бугорковый сифилид).
2. Диагноз поставлен на основании анамнестических данных и данных клиники (бугорковый сгруппированный сифилид и мозаичный рубец), данных КСР.
3. Для подтверждения диагноза можно исследовать кровь с помощью специфических реакций РИБТ, РИФ, ИФА, РПГА, провести гистологическое исследование биоптата из очагов поражения. Диагноз подтверждается быстрой положительной динамикой высыпаний после начала лечения.
4. Обследование семьи больной: мужа, детей. У детей может быть врожденный сифилис, у мужа - поздние формы сифилиса.

Клинические задачи по теме: Сифилис врожденный

Задача № 1.

Ребенок Д., от второй беременности, срочных родов.

Мать ребенка 23 лет, незамужем, сельская жительница, на учете у гинеколога не состояла по поводу настоящей беременности, 3 года назад лечилась по поводу вторичного рецидивного сифилиса. Лечение неполноценное. Пациентка несколько раз прерывала лечение, клинико-серологический контроль проводила нерегулярно. При последней явке (1 год назад) клинических проявлений сифилиса не обнаружено, серологические реакции отрицательные. Пациентка снята с учета, ведет асоциальный образ жизни, злоупотребляет алкоголем. В роддоме оформила отказ от второго ребенка.

В родах у матери КСР: А₁ 3+, А₂ 3+, МР 3+. Диагноз: Серологический рецидив, реинфекция?

От дальнейшего исследования на сифилис отказалась, самовольно ушла из роддома.

При рождении масса тела ребенка 2936 г, кожа и видимые слизистые свободны от высыпаний. Печень выступает на 0,6 см из-под реберной дуги. КСР у ребенка после рождения и через 10 дней отрицателен. Рентгенологическое исследование длинных трубчатых костей: в области дистальных головок бедренных костей определяются склеротические полосы просветления 1,5-2,0мм. Заключение: сифилитический остеохондрит бедренных костей 1-2 степени.

Консультация офтальмолога: сходящееся косоглазие,нистагм,специфических изменений нет.

Консультация невропатолога: перинатальная энцефалопатия; гипертензионно-гидратационный синдром.

УЗИ внутренних органов: визуализируются включения 2 мм по всей паренхиме печени.

Заключение: увеличение правой доли печени. Диффузные изменения паренхимы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение больному.
3. Какова причина появления больного ребенка?
4. Меры профилактики врожденного сифилиса?
5. Сроки клинико-серологического контроля данного больного?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Диагноз: ранний врожденный сифилис
2. Бензилпенициллина натриевая соль в дозе 100 000 ЕД на кг массы тела в сутки, разделенной на 6 инъекций каждые 4 часа, длительность терапии 14 дней.
3. Мать ребенка, получившая неполноценное лечение, не встала на учет по беременности, не была обследована, не получила профилактического лечения, если у нее имел место серологический рецидив, что могло предупредить рождение больного ребенка. Если же у матери реинфекция, то она должна была получить специфическое и профилактическое лечение.
4. Вассерманизация беременных 3-х кратная, прерывание беременности при желании женщины, профилактическое лечение беременной по показаниям, или ребенка, если матери было показано профилактическое лечение, но она его не получила.
5. Не менее одного года.

Задача № 2.

Больная П., 37 лет поступила на роды 13.05.96. По поводу скрытого раннего серопозитивного сифилиса с 29.01.96г. (на сроке 25-26 недель) получила специфическое и профилактическое лечение экстенциллином в дозе 2,4 млн ЕД внутримышечно 1 раз в неделю, всего 6 инъекций. КСР от 20.01.96 г 3+4+3+, КСР от 2.04.96. А₁ отр., А₂ 2+, А₃ отр. 14.05.96 г родила мальчика массой 3040 г, рост 52 см. Общее состояние ребенка после родов средней тяжести: тремор подбородка, мышечная дистония, тенденция к мышечному гипертонусу, печень увеличена на 1,5 см, селезенка у края реберной дуги, кожа и видимые слизистые свободны от специфических высыпаний. Ребенку назначено профилактическое лечение по схеме раннего врожденного сифилиса. В первые сутки после начала лечения отмечалась реакция обострения: температура 37,9° С, на коже живота, ягодиц и конечностей - папулезная сыпь, обильное слизистое отделяемое из носовых ходов. КСР от 14.05.96г. 1+,2+,1+, на фоне проводимой терапии указанные проявления заболевания разрешились на 5-е сутки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Требуется ли корректировать лечение?
3. Сроки клинико-серологического контроля данного больного?
4. Укажите причины возникновения заболевания у ребенка?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. Диагноз: ранний врожденный манифестный сифилис.
2. Нет. Начато лечение по схеме раннего врожденного сифилиса. Схема - та же, но это уже специфическое лечение, а не профилактическое, т.к. выставлен диагноз. Используется натриевая соль бензилпенициллина в дозе 100 000 ЕД на кг массы тела в сутки каждые 4 часа (6 раз), 14 дней.
3. Сроки клинико-серологического контроля: до негативации КСР, затем еще 6 месяцев, в течение которых проводится 2 обследования, общий срок контроля - не менее 1 года.
4. Причины заболевания ребенка: неправильный выбор препарата для лечения матери. Беременным следует назначать бензилпенициллина натриевую соль, или прокаин-пенициллин - препараты, проникающие через плаценту. В нашем случае ребенок не был санирован внутриутробно, экстенциллин не используется для профилактического лечения. Не должен он использоваться и для специфического лечения беременных со сроком больше 18 недель.

Задача № 3.

Больной Ю., 64 лет поступил 24.04.96 в стационар Ташкентского кожно-венерологического диспансера из отделения хирургии, где лечился по поводу заболевания ЖКТ: состояние после ваготомии и гастродуоденостомии. Переведен в кожнодиспансер в связи с наличием положительных реакций КСР 3+,3+,3+. Из анамнеза: мать больного умерла, когда ребенку было 5 лет, отец погиб на фронте, двое старших братьев также погибли на фронте, 6 младших братьев и 2 сестры умерли в детском возрасте. Больной с 9-летнего возраста отмечает своеобразную деформацию носа. Больной женат, имеет 5 дочерей, которые обследованы, признаны здоровыми.

Больной астеничного телосложения, пониженного питания. На коже правого предплечья атрофический неровный звездчатый рубец величиной с 3-х-копеечную монету. Периферические лимфоузлы не увеличены. Определяется утолщение правого грудинного конца ключицы (симптом Авситидийского-Игуменакиса), отсутствие мечевидного отростка (аксифоидия), долотообразные верхние центральные резцы с диастемой Гаше, седловидный нос, высокое узкое готическое небо. Границы сердца

нормальные, тоны чистые, пульс 74 в минуту, удовлетворительных свойств, АД 120/80 мм рт ст. В легких везикулярное дыхание, печень и селезенка не увеличены.

При консультации терапевтом, невропатологом, окулистом патологии не выявлено. Заключение отоларинголога: перфорация носовой перегородки. На рентгенограмме трубчатые кости верхних и нижних конечностей без патологических изменений.

КСР: 3+, 3+, 3+, РИФ-абс 4+, РИТ 100 %

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение?
3. Почему жена и дети больного здоровы?
4. Сроки клинико-серологического контроля?

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Диагноз: поздний врожденный сифилис (дефект носовой перегородки, симптом Аситидийского, аксифоидия, дистрофия резцов, положительные серологические реакции

2. Лечение проводится водорастворимым пенициллином в суточной дозе из расчета 50 тыс. ЕД на кг массы тела, 6 раз в сутки через 4 часа - 28 дней, через 2 недели - повторный курс лечения в течение 14 дней.

3. У больного поздним врожденном сифилисом в организме очень мало трепонем. Он может быть неопасен даже при половом контакте.

4. Для больных поздними формами сифилиса предусмотрен обязательный 3-х летний срок клинико-серологического контроля. Нередко серологические реакции у таких больных остаются положительными и после лечения. Решение о снятии с учета принимается индивидуально. В процессе контрольного наблюдения КСР исследуют 1 раз в 6 месяцев, РИТ, РИФ, ИФА, РПГА - 1 раз в год.

Клинические задачи по теме: Лечение сифилиса

Задача № 1.

Женщина 25 лет вызвана к венерологу в качестве полового контакта с мужчиной 30 лет, у которого выявлен сифилис вторичный кожи и слизистых. С момента контакта прошло 3 недели. При осмотре специфических высыпаний на коже и слизистых нет. Комплекс серологических реакций отрицателен.

Вопросы:

1. Какие дополнительные серологические исследования необходимо провести?
2. Какие меры следует предпринять?
3. Сроки клинико-серологического контроля?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Необходимо назначить дополнительно специфические серологические реакции: РИФ, ИФА, РПГА.

2. Следует провести превентивное лечение. Бензатин-бензилпенициллин внутримышечно однократно 2.4 млн ЕД.

3. Однократный клинико-серологический контроль через 3 месяца после лечения.

Задача № 2.

В РКВД находится больной с диагнозом сифилис первичный кожи и слизистых. КСР отрицателен. Из анамнеза: непереносимость препаратов группы пенициллина.

Вопросы:

1. Тактика врача?
2. Сроки клинико-серологического контроля?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. Провести лечение препаратами резерва по схеме первичного сифилиса (доксциклин по 0,1 x 2 раза в день – 15 дней, цефтриаксон по 0,25 г ежедневно № 10)
2. Однократный клинико-серологический контроль через 3 месяца после лечения.

Задача № 3.

На прием к хирургу обратился больной 37 лет с жалобами на наличие высыпаний в перианальной области. Считает, что заболел 2 недели назад, когда заметил эти высыпания. При осмотре в перианальной области имеются гипертрофированные вегетирующие папулы с мацерированной поверхностью. Кроме этого, у больного обнаружены папулы на ладонях и подошвах и поредение волос на голове, увеличены периферические лимфоузлы.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Как подтвердить диагноз?
3. Тактика хирурга?
4. Тактика дерматовенеролога?
5. Сроки клинико-серологического контроля?

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Сифилис вторичный кожи и слизистых (вторичный рецидивный - широкие кондиломы, ладонно-подошвенный сифилид, сифилитическая алопеция, полисклераденит).

2. Обследовать с помощью серологических реакций, провести исследование на наличие бледных трепонем в отделяемом с кондилом.

3. Направить больного в кожно-венерологический диспансер.

4. Госпитализировать больного, после лабораторного подтверждения диагноза назначить лечение по схеме № 4 водорастворимый пенициллин по 1 млн через каждые 6 часов в течение 20 дней. Эпидработа в очаге по выявлению источника заражения, обследование контактных лиц.

5. Клинико-серологический контроль до полной негативации КСР и затем еще 6 месяцев, в течение которых проводится 2 обследования. Сроки клинико-серологического контроля индивидуальны.

Задача № 4

К врачу стоматологу обратился пациент с жалобами на незначительные болевые ощущения при приеме пищи.

Объективно: на дорсальной поверхности языка отмечается наличие резко ограниченных папул, гладких, лишенные сосочков участки округлых очертаний (симптом «скошенного луга»). Также на слизистой оболочке полости рта отмечается наличие папул белого цвета («опаловые бляшки»). При поскабливании поверхность папул снимается, обнажая эрозию мясо-красного цвета.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика ведения пациента?
3. Лечение?

Эталоны ответов к задаче № 4.

1. Сифилис вторичный кожи и слизистых.

2. Направить пациента на консультацию венеролога. Врачу венерологу необходимо провести серологическое обследование с применением специфических и неспецифических серологических тестов. Также осуществить микроскопию материала полученного с папул ротовой полости в темном поле.

3. После серологического подтверждения диагноза назначить пациенту лечение по схеме сифилиса вторичного.

Задача № 5.

Больная М. 21 года была направлена в РКВД гинекологом с диагнозом - беременность 12 недель, сифилис? При обследовании обнаружены ладонно-подошвенные сифилиды, сифилитическая лейкодерма и мелкоочаговое облысение. КСР были резко положительны. Ребенок желанный, больная отказалась сделать аборт.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение.
3. Составьте план профилактики врожденного сифилиса в данном случае.

Эталоны ответов к задаче № 5.

1. Диагноз – сифилис вторичный кожи и слизистых.
2. Бензилпенициллина натриевая соль внутримышечно по 1 млн ЕД 4 раза в день, 20 дней.
3. После получения специфического лечения, пациентке с целью профилактики врожденного сифилиса необходимо получить профилактическое лечение на 20 неделе беременности.

Клинические задачи по теме: Гонорея и негонококковые уретриты у мужчин.

Задача № 1.

Больной К., 16 лет, учащийся колледжа, имеет постоянное место жительства, поступил в венерологическое отделение с жалобами на гнойные выделения из уретры и рези при мочеиспускании. Болен 10 дней. Имел половой контакт со случайной партнершей, через 6 дней после чего появились гнойные выделения из уретры и рези при мочеиспускании. С этими явлениями обратился в кожно-венерологический диспансер, где при исследовании в мазках из уретры был обнаружен гонококк.

При поступлении состояние удовлетворительное, губки наружного отверстия уретры гиперемированы, отечны, уретра пальпируется в виде мягко-эластического тяжа, выделения из нее обильные, гнойные. Наружные половые органы без особенностей, предстательная железа при пальпации не изменена. Мочеиспускание свободное, частое, умеренно болезненное. Макроскопическое исследование мочи: обе порции диффузно мутные. Микроскопическое исследование мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения. Микроскопическое исследование мазков отделяемого слизистой оболочки уретры: лейкоцитоз и гонококки. Общий анализ крови: Hb 142 г/л, лейкоциты - $5,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 6 мм в час. Комплекс серологических реакций на сифилис отрицателен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение больному.
3. В чем заключается метод комбинированной провокации?
4. Надо ли проводить этому больному превентивное лечение от сифилиса?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. У больного свежая неосложненная гонорея, острый тотальный уретрит.
2. Для лечения этого больного можно рекомендовать бензил-пенициллин в курсовой дозе 3,4 млн ЕД: первая инъекция 600 000 ЕД, последующие 400 000 ЕД с интервалом 3 ч без ночного перерыва, или спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно.

3. Комбинированная провокация - это чаще всего сочетание биологической (500 млн микробных тел гонококков внутримышечно), химической (инстилляция в уретру 0,5 % раствора нитрата серебра) и алиментарной (острая, соленая пища) провокаций.

4. Больному гонореей с невыявленным источником заражения, но имеющим постоянное место жительства, превентивное лечение не проводится, клинико-серологический контроль осуществляется в течение 3-х месяцев.

Задача № 2.

Через неделю после полового акта с незнакомой женщиной больной Г., 28 лет, почувствовал боль и жжение при мочеиспускании, гнойные выделения из уретры.

При осмотре: губки уретры гиперемированы, отечны. Из мочеиспускательного канала стекают обильные гнойные выделения. При проведении двухстаканной пробы Томпсона помутнение мочи первой порции. В мазках, окрашенных по Грамму обнаружены гонококки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение.
3. Меры профилактики.

Эталонные ответы к задаче № 2.

1. Свежая неосложненная гонорея, острый передний уретрит.
2. Для предупреждения аллергических реакций рекомендуется за 20-30 минут до введения антибиотика назначить антигистаминные препараты (тавегил, фенкарол и др.).

Далее назначить антибиотик: цефтриаксон 250 мг однократно внутримышечно.

3. Меры профилактики:

- исключение случайных половых контактов
- использование средств индивидуальной профилактики
- соблюдение правил личной и трудовой гигиены
- обследование и лечение половых партнеров

Задача № 3.

Больной Б, 39 лет, холост, обратился в РКВД с жалобами на скудные выделения из уретры в виде "утренней капли" и непостоянные боли в области промежности и крестца. Болен около года, когда после случайной половой связи появились выделения из уретры. Лечился амбулаторно по поводу свежего гонорейного уретрита препаратами пенициллина, после чего наблюдались явления постгонорейного уретрита, получал тетрациклин, трихопол в больших дозах длительными курсами. Наблюдалось некоторое улучшение. Направлен в РКВД в связи с безуспешностью терапии.

Объективно: Кожные покровы свободны от высыпаний, половые органы развиты правильно по мужскому типу. При осмотре отмечается небольшая отечность губок наружного отверстия уретры и скудные слизистые выделения. Моча в первой порции и во второй порции прозрачная и содержит единичные слизисто-гнойные нити. При исследовании простаты через прямую кишку изменений не определяется.

Вопросы:

1. Можно ли поставить диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует сделать?
3. Окончательный диагноз?
4. Назначьте лечение больному (методом ПИФ с моноклональными антителами обнаружены в соскобе из уретры хламидии).
5. Каковы критерии излеченности при хламидиозе?

Эталонные ответы к задаче № 3

1. У больного хронический тотальный уретрит и хронический катаральный простатит.

2. Для выяснений этиологии воспаления следует провести исследование на весь спектр возбудителей ЗППП. При исследовании соскоба из уретры: гонококки, трихомонады, уреоплазмы не найдены. Обнаружены методом ПИФ с моноклональными антителами хламидии.

3. Окончательный диагноз: Хронический хламидийный тотальный уретрит, хронический хламидийный катаральный простатит.

4. Лечение хронического хламидиоза: иммуномодулятор Миелопид в/м по 1 дозе 1 раз в день в течение 3-5 дней, затем Вильпрафен

(Джозамицин) по 500 мг 2 раза в день - 15 дней. Параллельно назначают пероральные эубиотики (ацилакт, бификол) до 30 дней по 5 доз на прием 1 раз в день. Индуктотермия промежности

5. Контроль излеченности урогенитального хламидиоза проводится по суммарным клинико-лабораторным показателям. Критериями излеченности является: исчезновение клинических симптомов заболевания, отсутствие морфологических изменений в области пораженных органов, Элиминация возбудителя. Излеченными считаются больные, у которых клиническое выздоровление сочетается с этиологическим. 1 контроль проводится сразу после окончания лечения. Если обнаруживаются единичные элементарные тельца, то курс лечения может быть продлен не более, чем на 10 дней. Дальнейший клинико-лабораторный контроль проводится

1 раз в месяц в течение 1-2 месяцев.

Задача № 4 (педиатрический факультет).

Больной В., родился от второй беременности. Беременность протекала с явлениями токсикоза, закончилась преждевременными родами на 37 неделе беременности. Мальчик родился массой 3,0 кг, длиной 52 см. К груди приложили на 3 сутки, сосал вяло. На 6 день у новорожденного появился двусторонний отек век, сужение глазной щели, обильные слизистые и гнойные выделения. Конъюнктив век резко гиперемизирован, инфильтрирован. При рождении ребенку была проведена профилактика гонобленореи 30% раствором сульфацила натрия. При исследовании отделяемого из глаз на гонококки результат отрицательный. Лечение сульфацилом натрия безуспешно. При исследовании соскоба с конъюнктивы ребенка и соскоба из шейки матки у матери методом прямой иммунофлюоресценции обнаружены хламидии.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каков путь заражения?
3. Методы профилактики офтальмохламидиоза?
4. Назначьте лечение больному.

Эталонные ответы к задаче № 4.

1. У новорожденного офтальмохламидиоз (конъюнктивит с включениями). У матери хронический хламидийный эндоцервицит.

2. Заражение - при прохождении через родовые пути матери.

3. Меры профилактики - обследование беременных на хламидийную инфекцию, лечение хламидиоза у беременных.

4. Лечение: новорожденного: 20% глазная эритромициновая мазь закладывается 3 раза в день за нижнее веко - в течение 7 дней.

Лечение матери - эритромицин по 500 мг через 6 часов - 14 дней, или Вильпрафен (джозамицин) по 500 мг 2 раза в день - 15 дней. Эубиотики внутрь, иммуномодулятор Миелопид, гино-певарил в свечах интравагинально - для профилактики кандидоза.

Задача № 5

Ребенок Х, 9 лет заболел 8 сентября 2006 года, когда повысилась температура тела до 39,2°, появился двусторонний конъюнктивит и дизурические расстройства (рези при мочеиспускании и его учащение, особенно в ночное время). Через несколько дней начались боли в левом коленном суставе, сопровождающиеся отеком и гиперемией этой области. 12 сентября госпитализирован в травматологическое отделение с диагнозом: травматический артрит. При поступлении отмечалось повышение лейкоцитов 10×10^9 /л, СОЭ 52 мм/час, СРБ ++++. На пораженный сустав была наложена гипсовая повязка. Однако через 2 дня возникла боль, отек и гиперемия в правом коленном суставе, и ребенок был переведен в ревматологическое отделение детской больницы. При поступлении состояние средней тяжести, ходит с трудом, щадя конечности. Область обоих коленных суставов отечна, суставы значительно увеличены в объеме (правый коленный сустав диаметром 29 см, левый - 30 см), кожа над пораженными суставами горячая на ощупь, но не гиперемирована. Выраженная атрофия мышц обоих бедер и голеней. На слизистой мягкого и твердого неба и головке полового члена округлые эрозии с четкими краями и желтоватой поверхностью без гнойного отделяемого. Губки уретры не изменены, свободных выделений из уретры нет. Предстательная железа диаметром около 1 см с четкими контурами эластической консистенции. В соскобе из уретры лейкоциты покрывают все поле зрения, в центрифугате мочи после массажа предстательной железы лейкоцитов 15-20 в поле зрения. Элементарные тельца хламидий обнаружены в соскобе из уретры, с поверхности эрозий на твердом небе и половом члене. Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Где следует искать источник заражения?
3. Каковы пути заражения детей?
4. Какое лечение следует назначить больному?

Эталоны ответов к задаче № 5.

1. У ребенка болезнь Рейтера (конъюнктивит, уретрит, реактивный артрит, цирцинарный баланит, эрозии слизистой полости рта). Обнаружены хламидии в соскобах из уретры, с эрозий на твердом небе и половом члене.

2. Необходимо обследовать семью. Как правило у родителей таких детей имеется хроническая форма урогенитального хламидиоза.

3. Возможно инфицирование новорожденных при прохождении через родовые пути матери, больной урогенитальным хламидиозом, редко - внутриутробное заражение. Возможен бытовой путь - от больных родителей и половой путь (у детей более старшего возраста). Хламидии могут неопределенно долго сохраняться в мочеполовых органах, конъюнктиве, ротоглотке.

4. В комплекс препаратов должны входить антибиотики, к которым чувствительны хламидии - детям предпочтительнее из группы макролидов: эритромицин, эрициклин, сумамед (1 день - 250 мг, со второго дня - 125 мг однократно - 21 день). Ровамицин - из расчета 1,5 млн. МЕ/ 10 кг массы тела в сутки, 2-3 раза в день - 21 день. В патогенетическую терапию должны быть включены нестероидные противовоспалительные препараты - индометацин, возможно применение кортикостероидов, делагила, местно - цидипол.

Задача № 6.

Больная Б., 30 лет состоит 3 года в бесплодном браке. Обратилась в женскую консультацию с жалобами на ощущение влажности в половых органах, небольшие боли в пояснице при менструациях. Объективно: свободных выделений из уретры нет. При осмотре гинекологическим зеркалом слизистая влагалища не изменена, шейка матки отечна, из цервикального канала - умеренные слизисто-гнойные выделения, вокруг

наружного зева имеется яркое красное пятно, являющееся проявлением эндоцервицита, с четким наружным краем. При бимануальном исследовании матка и придатки не увеличены. При обследовании мужа - выявлен хронический уретрит, катаральный простатит. При исследовании соскоба из уретры у мужа и цервикального канала женщины обнаружены микоплазмы методом иммунофлюоресценции с моноклокальными антителами. Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Может ли он быть причиной бесплодия?
3. Какие выводы можно сделать из данного случая?
4. Назначьте лечение.

Эталоны ответов к задаче № 6.

1. У больной хронический микоплазменный эндоцервицит. У мужа-хронический уретрит и простатит той же этиологии

2. Да, может

3. Обследоваться на спектр иппп, в том числе и на микоплазмоз, должны все женщины с симптомами воспалительных заболеваний урогениталий, особенно с сопутствующим бесплодием.

4. Лечение: доксициклин -1-й прием 0,2 г. Далее 0,1 x 2 раза в сутки 14 дней, фторхинолоны: офлоксацин 0,4 г 1 раз в сутки 7 дней - обоим половым партнерам.

Задача № 7.

Больной Б., 20 лет обратился в клинику РКВД с жалобами на обильные выделения из уретры, рези при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание и рези в конце его, болезненные эрекции. Заболел остро 2 дня назад, заболевание связывает со случайной половой связью 12 дней назад.

Об-но: кожа половых органов и перианальной области свободна от высыпаний. Половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Из уретры обильное гнойное отделяемое, губки наружного отверстия уретры резко гиперемированы, отечны, уретра гиперемирована, болезненная при пальпации. Половой член в полуэригированном состоянии. При пальпации органов мошонки патологии нет. При пальпаторном обследовании простаты - изменений нет. При проведении двухстаканной пробы моча мутная в двух стаканах, имеются гнойные нити и хлопья. При исследовании мазков из уретры на гонококки, трихомонады, мазка мочи на трихомонады (осадка мочи) и соскоба на хламидии и бактериологическом исследовании на уреоплазму обнаружены гонококки и уреоплазма.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каковы клинические особенности смешанных инфекций урогениталий?
3. Назначьте лечение данному больному.

Эталоны ответов к задаче № 7.

1. Диагноз свежий острый тотальный гонорейно-уреоплазменный уретрит.

2. Для смешанных инфекций характерно удлинение инкубационного периода и более частое поражение всей уретры (тотальный уретрит).

3. При лечении больных свежими острыми и подострыми формами смешанной гонорейно-уреоплазменной инфекции рекомендуется применение доксициклина по схеме: 0,3 г - 1 прием, второй прием через 6 часов, все последующие приемы - через 12 часов по 0,1 г, курс лечения 8-10 дней. Одновременно внутрь - фермент ораза по 0,2 г x 3 раза в день.

Клинические задачи по теме: Дерматологические аспекты ВИЧ-инфекции

Задача № 1.

На прием к врачу обратился больной К., 31 год, холост. Жалобы на появление сыпи на третий день после повышения температуры. При осмотре: сыпь состоит из отдельных беспорядочно разбросанных пятен и папул; локализуется на руках и туловище. Помимо лихорадки у больного выявлены увеличенные лимфоузлы, язва на мошонке и гиперемические пятна на мягком небе. Из анамнеза выявлено, что больной живет беспорядочной половой жизнью.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз
3. Дальнейшая тактика ведения больного?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Возможно, у больного острая лихорадочная стадия ВИЧ-инфекции (пятнисто-папулезная сыпь на коже, пятнистая сыпь на слизистых рта, увеличение лимфоузлов, язвы на мошонке)

2. Дифференциальная диагностика проводится с инфекционным мононуклеозом, цитомегаловирусной инфекцией, краснухой, токсоплазмозом, гепатитом, вторичным сифилисом, генитальным герпесом.

3. Кровь на ВИЧ-инфекцию (ИФА), при положительном результате - иммуноблотинг. Диспансерное наблюдение больного.

Задача № 2.

Больной С., 29 лет, обратился к дерматологу с жалобами на поражение кожи правой ноги, из анамнеза выяснилось, что он длительное время принимает наркотики. При осмотре: правая нога отечна, голень и бедро покрыты фиолетовыми папулами и узлами, сливающимися между собой, на коже кистей имеются множественные следы от внутривенных инъекций.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Наличие какого заболевания можно предположить у данного больного?
3. Дальнейшая тактика ведения больного?
4. Прогноз?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. Саркома Капоши.

2. Можно предположить наличие ВИЧ-инфекции у больного (молодой возраст, употребление наркотиков).

3. Обязательное исследование на ВИЧ-инфекцию (ИФА), при положительном результате - иммуноблотинг. Лечение и диспансерное наблюдение больного.

4. У ВИЧ-инфицированных с количеством лимфоцитов CD4 ниже 200 мкл^{-1} отмечается быстрый рост опухоли. 10-20% больных погибают от саркомы Капоши, поражающей кишечник и легкие.

Задача № 3.

На прием к врачу обратился больной К., 26 лет, холост, живет беспорядочной половой жизнью. Жалобы на наличие «язвочек» на половых органах, которые появились более 6 месяцев назад. При осмотре: множественные язвы и эрозии линейной и овальной формы на коже мошонки и паховых складок.

Вопросы: 1. Каков предположительный диагноз?

2. Дифференциальный диагноз.

3. Дальнейшая тактика ведения больного?

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Учитывая давность заболевания (более 6 месяцев), можно предположить наличие у больного хронического язвенного генитального герпеса.

2. Дифференциальная диагностика проводится с первичным сифилисом.

3. Язвенная форма генитального герпеса обычно встречается на фоне выраженного иммунодефицита, необходимо обязательное исследование на ВИЧ-инфекцию (ИФА). Генитальный герпес у ВИЧ-инфицированных лечат ацикловиром по 400 мг 3-5 раз в сутки до исчезновения симптомов. Многим

ВИЧ-инфицированным требуется постоянное профилактическое лечение ацикловиром.

Задача № 4.

На прием к врачу обратился больной М., 42 года с жалобами на общую слабость, потливость, повышение температуры, болезненность в области пахово-бедренных складок, особенно при ходьбе. Болен около двух лет. Неоднократно лечился антибиотиками с временным эффектом. Из эпиданамнеза: многочисленные внебрачные половые связи.

При осмотре: Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком, ксеротичны. Все лимфатические узлы пальпируются, подвижные, плотные, безболезненные, от 0,5 до 2 см в диаметре.

На коже носа, обеих щек, лба имеется диффузный очаг поражения неправильных очертаний с четкими границами, синюшно-розового цвета с повышенной сальностью, покрытый жирными чешуйками. Аналогичные очаги округлых очертаний размерами 3-5 см имеются в области грудины.

На слизистой полости рта в области спинки языка, мягкого неба, щек и десен имеются эрозии, покрытые беловатым налетом, снимающимся при поскабливании. В соскобе - псевдомицелий и почкующиеся клетки.

В паховых складках с переходом на внутреннюю поверхность бедер имеются эрозии с вегетациями фестончатых очертаний, покрытые серозными и гнойными корками, дряблые фликтены, окаймленные инфильтрированным ободком розово-красного цвета, единичные фолликулиты. На внутреннем листке крайней плоти в зоне 12 часов имеется эрозивный дефект диаметром около 1,5 см, округлых очертаний с четкими границами и плотным инфильтратом в основании. При микробиологическом исследовании мазка с эрозий рост кокковой и палочковой грамположительной флоры.

Серологические реакции на сифилис отрицательные (КСР, РИФ, РИБТ).

При иммуноферментном анализе обнаружены антитела к ВИЧ. В реакции иммунного блота найдены антитела ко всему спектру антигенов ВИЧ.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Какие проявления на коже и слизистых позволяют предположить этот диагноз?

3. Какова дальнейшая тактика ведения больного?

Эталоны ответов к задаче № 4.

1. ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний.

2. Себорейный дерматит, кандидоз полости рта, вегетирующая и шанкриформная пиодермия, генерализованная лимфаденопатия.

3. Лечение: этиотропная противовирусная терапия (азидотимидин, невирапин, индинавир), лечение суперинфекций (антибиотики, антимикотики). Диспансерное наблюдение больного в территориальном центре по профилактике СПИДа

Клинические задачи по теме: Вирусные заболевания кожи

Задача № 1.

К дерматологу обратилась мать с жалобами на появление у ее 6-летней дочери высыпаний в области лица и шеи. Ребенок посещает детский сад.

При осмотре на лице и шее имеются полушаровидной формы папулы величиной с просыаное зерно, бледно-розового цвета, с пупкообразным вдавлением в центре, число элементов - 10, при сдавлении папулы выделяется кашицеобразная масса белого цвета. Зуд не беспокоит. Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение,
3. Меры профилактики?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. У девочки контагиозный моллюск лица и шеи.
2. Лечение состоит в выдавливании содержимого папул пинцетом и смазывании эрозий, образовавшихся после этой процедуры, 2-5% раствором йода, вокруг кожу необходимо смазывать противовирусными мазями: 3% теброфеновой, 2% оксолиновой. Возможна криодеструкция элементов.
3. Профилактика. Необходима изоляция больных, так как заболевание высококонтагиозно и быстро распространяется в детском коллективе.

Задача № 2.

К дерматологу обратилась мать с жалобами на появление высыпаний в перианальной области у ее 5-летней дочери, жжение, зуд, болезненность, заметила высыпания 2 недели назад, лечились самостоятельно ванночками с раствором перманганата калия без эффекта.

При осмотре кожа и слизистые обычной окраски, в области заднего прохода при переходе кожи в слизистую имеется скопление тестоватой консистенции узелков на длинной ножке, сливающихся между собой и образующих папилломатозные разрастания, напоминающие цветную капусту, цвет их ярко красный за счет наличия эрозий со скоплением экссудата между дольками. На слизистых больших и малых половых губ высыпаний нет. В анамнезе у матери во время беременности - остроконечные кондиломы в области гениталий, разрешились после родов без лечения. КСР у ребенка и матери - отрицателен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Лечение?
4. Прогноз?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. У ребенка остроконечные кондиломы перианальной области.
2. Остроконечные кондиломы такой локализации следует дифференцировать с широкими кондиломами при вторичной рецидивном сифилисе, которые имеют широкое основание и более плотную консистенцию. Кроме того, возможно наличие других проявлений сифилиса, положительных серологических реакций на сифилис.
3. Лечение: диатермокоагуляция, криодеструкция, выскабливание ложечкой Фолькмана с последующим смазыванием коцентрированным раствором калия перманганата. Возможно применение присыпки из резорцина и талька пополам, 10% раствора подофиллина, 10% раствора нитрата серебра.

4. Возможно, что ребенок заразился при прохождении через родовые пути матери (в анамнезе у матери - остроконечные кондиломы во время беременности), и долгое время инфекция протекала бессимптомно и проявилась при снижении иммунитета у ребенка. После лечения следует проводить мероприятия по стимуляции клеточного иммунитета ребенка, в дальнейшем возможны рецидивы заболевания. Следует помнить об онкогенности вируса папилломы человека (плоскоклеточный рак шейки матки можно рано диагностировать при ежегодном цитологическом исследовании мазков с шейки матки у женщин). Необходимо обследование ребенка и родителей на наличие других заболеваний, передающихся половым путем и ВИЧ.

Задача № 3.

Больной Д., 10 лет, поступил в стационар детской больницы с жалобами на общую слабость, головные боли, повышение температуры до 38° , распространенные высыпания по всему кожному покрову. С 7 лет наблюдается у дерматолога с диагнозом атопический дерматит с ежегодными обострениями в осенний период, по поводу последнего обострения получал антигистаминные средства, наружно - флуцинар. Через 4 дня после начала лечения наступило значительное ухудшение состояния. Возникли слабость, головная боль, повышение температуры и появилась сыпь сгруппированных пузырьков на фоне гиперемии кожи в области левого

плеча, аксиллярной области, шеи.

Мальчик от первой беременности, первых родов. Наследственность у отца - аллергический ринит, у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма. Последние 2 года наблюдается по поводу хронического бронхита с астматическим компонентом. В анамнезе - аллергические реакции на пенициллин и витамины группы В.

Объективные данные: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Аксиллярные лимфоузлы симметрично увеличены до 1 см в диаметре, безболезненны, носовое дыхание несколько затруднено, зев чистый, в легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет

На коже лица, шеи, локтевых сгибов, лучезапястных суставов и подколенных впадин имеются очаги эритемы с выраженной лихенификацией, участками папулезной инфильтрации. По всему кожному покрову имеются множественные эскориации, эрозии, геморрагические корочки. В области левого плеча, аксиллярной области, боковых поверхностей туловища, шеи имеются множественные рассеянные участки поражения размерами от 3 до 15 см в диаметре, состоящие из сгруппированных болезненных напряженных пузырьков, расположенных на отечном гиперемизированном фоне.

В периферической крови изменений нет, за исключением ускоренной СОЭ (35 мм/час), анализ мочи без изменений.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение?
3. Что послужило причиной возникновения генерализованной формы заболевания?

Эталонные ответы к задаче № 3.

1. У ребенка атопический дерматит, стадия обострения. Генерализованная отечная форма простого герпеса.

2. Лечение: отечественный противовирусный препарат алпизарин по 1 таблетке 3 раза в день - 14 дней, тавегил по 1/2 таблетке 2 раза в день, серноокислая магнезия по 1 десертной ложке 3 раза в день. Наружно: на герпетические очаги - 2% раствор метиленовой сини, 2% мазь алпизарин, на другие очаги 2% папавериновый крем. Возможно применение: ацикловира внутрь, эриуса (антигистаминное средство), 5% мази зовиракс наружно.

3. Генерализованная форма герпеса возникла у ребенка с атопическим дерматитом во время применения стероидной мази, у ребенка снижена иммунологическая резистентность на фоне этого заболевания и бронхита с астматическим компонентом.

Клинические задачи по теме: Розовый лишай Жибера

Задача № 1.

Больная К., 23 года, жалуется на появление высыпаний на коже туловища. Субъективных расстройств нет. Свое заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: в области туловища, плечевого пояса большое количество пятен овальной формы размерами 8 мм х 4 мм. В области груди пятна расположены параллельно ребрам (линии натяжения). В области левой лопатки пятно розового цвета размером с детскую ладонь, которая появилась за неделю до обильных высыпаний. В центре пятен отмечается шелушение в виде смятой папиросной бумаги.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Назначьте лечение.

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. Розовый лишай Жибера.
2. Отрубевидный лишай, токсикодермия, вторичный период сифилиса.
3. Исключение водных процедур, антигистаминные препараты внутрь, кортикостероидные кремы - наружно.

Примерные тестовые задания для проведения текущего контроля знаний по «Производственной (клинической) практике №1»

1. В эпидермисе различают следующие слои
 - а) базальный
 - б) шиповидный
 - в) ретикулярный
 - г) подкожно-жировой
 - д) межучочный

2. Дерма представлена
 - а) коллагеновыми волокнами
 - б) межучочным веществом
 - в) подкожно-жировой клетчаткой
 - г) роговым слоем
 - д) блестящим слоем

3. Особенности строения эпидермиса детской кожи
 - а) физиологический паракератоз
 - б) гиперкератоз
 - в) выражен зернистый и стекловидный слой
 - г) отсутствие зернистого слоя
 - д) в эпидермисе три слоя: базальный, шиповидный, роговой

4. Особенности строения дермы детской кожи
 - а) преобладание клеток в дерме
 - б) преобладание волокон в дерме
 - в) много тучных клеток в дерме
 - г) сглаженность границы с дермой

5. В слизистой оболочке рта различают структурные компоненты:
 - а) эпителий
 - б) роговой слой
 - в) собственный слой слизистой оболочки
 - г) подслизистая основа

6. Атопический дерматит (АД) характеризуется:
 - а) наследственной предрасположенностью
 - б) хроническим течением
 - в) поливалентной гиперчувствительностью
 - г) зудом
 - д) всем перечисленным

7. Различают следующие возрастные периоды АД
 - а) младенческий (до 2 лет)
 - б) подростковый и взрослый (от 13 лет и старше)
 - в) младший школьный (от 7 до 10 лет)
 - г) дошкольный (от 2 до 6 лет)
 - д) детский (от 2 до 13 лет)

8. В зависимости от степени тяжести АД различают
 - а) легкий АД
 - б) диффузный АД

- в) непрерывно рецидивирующий АД
- г) среднетяжелый АД
- д) тяжелый АД

9. Для младенческого АТ характерно

- а) экссудативные проявления
- б) лихенификация
- в) локализация на лице
- г) гиперпигментация локтевых сгибов
- д) инфильтрация кожи верхней половины туловища

10. К диагностическим критериям АД относятся

- а) симптом Дени-Моргана
- б) кожный зуд
- в) уртикарный дермографизм
- г) белый дермографизм
- д) эозинофилия в содержимом пузырей

11. Простой контактный дерматит вызывается следующими раздражителями

- а) тесной обувью
- б) высокой температурой
- в) тетрациклиновой мазью
- г) концентрированной кислотой
- д) кортикостероидной мазью

12. Возможные причины простых контактных дерматитов:

- а) трение, давление
- б) лучевые факторы
- в) прием внутрь лекарств
- г) иммуносупрессия
- д) моновалентная сенсibilизация к раздражителю

13. Основные клинические признаки простого контактного дерматита

- а) четкие границы очага поражения
- б) нечеткие границы очага поражения
- в) наличие аллергидов
- г) жалобы на боль и жжение
- д) жалобы на зуд

14. Отличительными особенностями аллергических контактных дерматитов являются:

- а) развиваются путем контактной сенсibilизации как реакция замедленного типа
- б) аллерген попадает в кожу гематогенно
- в) аллерген попадает в кожу извне
- г) высыпания выходят за границы контакта аллергена
- д) характерно наличие поливалентной сенсibilизации

15. Причинами, приводящими к возникновению аллергических дерматитов, могут быть:

- а) медикаменты внутривенного и парентерального применения
- б) медикаменты наружного применения
- в) продукты бытовой химии
- г) воздействие высоких температур
- д) трение, давление

16. При псориазе возможно поражение всего перечисленного, кроме

- а) кожи
- б) суставов
- в) слизистых оболочек
- г) волос
- д) ногтей

17. Большое значение в возникновении псориаза имеют все перечисленные факторы, кроме:

- а) стрепто-стафилококковой инфекции верхних дыхательных путей
- б) наследственной предрасположенности
- в) эндокринных нарушений
- г) нарушения центральной, периферической и вегетативной системы
- д) сифилиса у прародителей

18. Для прогрессирующей стадии псориаза характерны все перечисленные проявления, кроме

- а) феномена стеаринового пятна
- б) терминальной пленки
- в) точечного кровотечения
- г) феномена Кебнера
- д) появления вокруг элементов "псевдоатрофического" ободка Воронова

19. Различают все перечисленные клинические разновидности псориаза, кроме

- а) пустулезной
- б) артропатической
- в) экссудативной
- г) псориатической эритродермии
- д) дискоидной

20. Псориаз следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме

- а) сифилиса
- б) красного плоского лишая
- в) ревматоидного артрита
- г) себорейной экземы
- д) склеродермии

21. Красный плоский лишай (КПЛ) чаще встречается у

- а) женщин от 40 до 60 лет
- б) мужчин
- в) детей дошкольного возраста
- г) лиц пожилого возраста
- д) детей школьного возраста

22. Формы КПЛ полости рта:

- а) лихеноидная
- б) эрозивно-язвенная
- в) сквамозная

- г) дисгидротическая
- д) скутулярная

23. Дифференцировать КПЛ следует с

- а) пиодермией
- б) актиномикозом
- в) чесоткой
- г) экземой
- д) лейкоплакией

24. Гистопатология КПЛ

- а) акантолизис
- б) акантоз
- в) гранулез
- г) инфильтрат в подковной клетчатке
- д) папилломатоз

25. При лечении КПЛ полости рта следует назначать

- а) цинковую мазь
- б) мазь Вилькинсона
- в) настойку йода
- г) солкосерил
- д) йодно-бензойно-салициловый коллодий

26. Для стафилококковых пиодермитов характерно:

- а) связь с волосяными фолликулами
- б) связь с потовыми железами
- в) появление фликтены
- г) наличия беловато-розовых шелушащихся пятен
- д) правильно а), б)

27. При лечении фурункулов применяется все, кроме

- а) антибиотиков широкого спектра
- б) чистого ихтиола
- в) водных процедур
- г) сухого тепла
- д) УВЧ

28. Для эпидемической пузырчатки новорожденных характерно все, кроме

- а) начала в первые дни жизни ребенка
- б) нарушения общего состояния ребенка
- в) наличия сифилиса у матери
- г) появления пузырей с венчиком гиперемии
- д) заразительности для детей

29. Фурункул – это

- а) глубокая стрептококковая пустула
- б) фликтена
- в) воспаление волосяного фолликула и окружающих тканей
- г) поверхностная пустула
- д) воспаление волосяного фолликула

30. Гидраденит - это воспаление

- а) волосяного фолликула
- б) апокриновых потовых желез
- в) волосяного фолликула и окружающих тканей
- г) устья волосяного фолликула
- д) трубчатых потовых желез

31. Себорея это:

- а) гиперпродукция кожного сала с измененным химическим составом
- б) гиперпродукция кожного сала
- в) уменьшение образования липидов сальными железами
- г) уменьшение образования керамидов рогового слоя и липидов кожного сала
- д) все перечисленное верно

32. Различают все перечисленные формы себореи кроме:

- а) жидкой
- б) густой
- в) жирной
- г) асбестовидной
- д) смешанной

33. С себореей связаны следующие патологические состояния кожи

- а) узловато-кистозные угри
- б) появление комедонов
- в) сухость кожи
- г) гипергидроз
- д) все перечисленное

34. К гормонам, стимулирующим выделение кожного сала относятся все перечисленные, кроме

- а) гормонов коры надпочечников
- б) эстрогенов
- в) андрогенов
- г) прогестерона
- д) АКТГ

35. К гормонам, подавляющим салоотделение, относятся

- а) андрогены
- б) эстрогены
- в) прогестерон
- г) гормонов коры надпочечников

36. При чесотке сыпи чаще располагаются:

- а) в межпальцевых складках
- б) в области лучезапястных суставов
- в) на волосистой части головы у взрослых
- г) на ладонях и подошвах у взрослых
- д) верно а), б)

37. Для чесотки характерно наличие:

- а) фолликулярных папул, «жемчужных» везикул
- б) экскориаций

- в) чесоточных ходов
- г) верно все, кроме д)
- д) волдырей и пузырей

38. Для лечения чесотки применяется все перечисленное, кроме

- а) 20 % водно-мыльной эмульсии бензил-бензоата
- б) 33 % серной мази
- в) 2 % настойки йода
- г) 60 % раствор тиосульфата натрия
- д) 10 % серно-дегтярной мази

39. Лечение больного чесоткой предусматривает:

- а) применение бензил-бензоата 20%
- б) применение УФО
- в) назначение серной мази 33%
- г) исключение острой пищи
- д) все выше перечисленное

40. Укажите наиболее частое осложнение чесотки

- а) вторичная пиодермия
- б) сепсис
- в) рубцовая атрофия кожи
- г) флегмоны
- д) все вышеперечисленные

41. К группе вирусов герпеса относят все перечисленные вирусы, кроме

- а) ВПГ (вирус простого герпеса)
- б) вируса varicella-zoster
- в) вируса Эпштейна-Барр
- г) папилломатозного вируса
- д) цитомегаловируса

42. Контакт человека с ВПГ-1 происходит

- а) к 18 годам
- б) к 18 месяцу
- в) после полового созревания
- г) после 1 года жизни
- д) после 1 месяца жизни

43. Контакт человека с ВПГ-2 происходит

- а) после полового созревания
- б) при начале сексуальной активности
- в) в преклонном возрасте
- г) к 18 месяцу
- д) в период новорожденности

44. Рецидивам вирусной инфекции способствует все перечисленное, кроме

- а) переохлаждения
- б) перегревания
- в) простудных заболеваний
- г) соблюдения режима труда и отдыха
- д) стрессовых ситуаций

45. Излюбленной локализацией простого герпеса являются все перечисленные участки, кроме

- а) крыльев носа
- б) разгибательных поверхностей конечностей
- в) углов рта
- г) красной каймы губ
- д) половых органов

46. К провоцирующим факторам возникновения склеродермии относятся все перечисленные, кроме

- а) стрессов
- б) охлаждения
- в) нарушения липидного обмена
- г) острых и хронических инфекционных заболеваний
- д) инсоляции

47. В патогенезе склеродермии имеет значение все перечисленное, кроме

- а) функциональных нарушений фибробластов
- б) прогрессирующего фиброза кожи
- в) облитерирующего поражения артериол
- г) нуклеофагоцитоза в костном мозге
- д) изменения метаболизма коллагена

48. Различают все перечисленные формы склеродермии, кроме

- а) дискоидной
- б) системной
- в) линейной
- г) бляшечной
- д) болезни белых пятен

49. Различают следующие стадии бляшечной склеродермии, кроме

- а) уплотнения
- б) прогрессирующей
- в) воспалительного отека
- г) атрофии
- д) декомпенсаций

50. Клиническими проявлениями склеродермии является все перечисленное, кроме

- а) уплотнения кожи в очагах
- б) наличия лилово-розового бордюра по периферии очага
- в) псевдоатрофического ободка Воронова
- г) атрофии кожи в очагах
- д) потери волос в очагах

51. Различают все перечисленные клинические формы красной волчанки, кроме

- а) дискоидной
- б) инфильтративной
- в) диссеминированной
- г) глубокой
- д) поверхностной (центробежной эритемы)

52. Клиническая картина красной волчанки включает все перечисленные признаки, кроме
- а) телеангиоэктазий
 - б) отека и уплотнения кожи в очагах
 - в) эритемы
 - г) фолликулярного гиперкератоза
 - д) рубцовой атрофии
53. К факторам патогенеза при красной волчанке относятся все перечисленные, кроме
- а) образования циркулирующих антиядерных антител
 - б) повышенной потливости кожи
 - в) формирования циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)
 - г) отложения ЦИК в базальных мембранах
 - д) системного поражения соединительной ткани
54. Диагностическими признаками системной красной волчанки являются все перечисленные, кроме
- а) обнаружения LE-клеток в крови
 - б) симптома Бенье-Мещерского
 - в) симптома "дамского каблука"
 - г) симптома Горчакова-Арди
 - д) симптома Хачатуряна
55. Для поверхностной формы красной волчанки характерно все перечисленное, кроме наличия
- а) гиперкератоза в очагах
 - б) отечного эритематозного пятна
 - в) центробежного распространения очага
 - г) атрофии в очагах
 - д) верно а) и г)
56. Инкубационный период при сифилисе в среднем составляет
- а) 20-40 дней
 - б) 3-5 дней
 - в) 3 месяца
 - г) 1 день
 - д) 6 месяцев
57. Для неосложненного твердого шанкра характерно наличие
- а) болезненности
 - б) плотного инфильтрата в основании
 - в) гнойного отделяемого
 - г) склонности к аутоинокуляции
 - д) подрывных краев
58. Первичная сифилома может осложниться:
- а) фимозом
 - б) парафимозом
 - в) гангренизацией
 - г) фагеденизмом
 - д) все перечисленное верно

59. К атипичным твердым шанкрам относится все перечисленное, кроме
- а) шанкра-амигдалита
 - б) индуративного отека
 - в) шанкра-панариция
 - г) мягкого шанкра
60. Твердый шанкр дифференцируют со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
- а) шанкриформной пиодермии
 - б) простого герпеса
 - в) красного плоского лишая
 - г) мягкого шанкра
 - д) гуммозной язвы
61. Кем открыт возбудитель гонореи?
- а) Нейссером
 - б) Шаудиным
 - в) Гофманом
 - г) Петерсеном
 - д) Донне
62. Для реинфекции гонореи характерно все перечисленное, кроме:
- а) клинического выздоровления после лечения
 - б) отсутствие гонококков и нормализация количества лейкоцитов в мазках после лечения
 - в) указание на половые контакты с нелеченым и/или новым партнером
 - г) полноценного ранее проведенного лечения
 - д) сохранения клинических проявлений после лечения
63. Какие микроорганизмы длительное время могут персистировать в трихомонадах?
- а) бледная трепонема
 - б) гонококки
 - в) вирусы
 - г) хламидии
 - д) грибы рода Candida
64. Какими путями осуществляется инфицирование гонококками?
- а) половой
 - б) через предметы туалета, белье
 - в) при прохождении через родовые пути
 - г) занос руками в глаза
65. Для свежей гонореи характерно все перечисленное, кроме
- а) давности более 2 месяцев
 - б) острого течения
 - в) давности до 2 месяцев
 - г) торпидного течения
 - д) хронического течения
66. Инкубационный период при ВИЧ-инфекции составляет
- а) 3 – 4 недели
 - б) 7 дней
 - в) от 3 – 6 недель до 3 – 6 месяцев

- г) 1 год
- д) 1 месяц

67. Пути передачи ВИЧ-инфекции:

- а) половой
- б) контактно-бытовой
- в) через кровь
- г) воздушно-капельный
- д) вертикальный

68. Основными группами риска по ВИЧ/СПИД являются

- а) потребители инъекционных наркотиков
- б) работники коммерческого секса обоего пола
- в) спортсмены
- г) больные гемофилией
- д) гомосексуалисты

69. Опасная концентрация ВИЧ содержится в

- а) слюне
- б) моче, кале
- в) крови, грудном молоке
- г) семенной жидкости
- д) поте

70. Клинические прознаки СПИДа:

- а) саркома Капоши
- б) глубокие микозы
- в) вирусные инфекции
- г) ожирение
- д) генерализованный кандидоз

1-а,б; 2-а,б; 3-г,д; 4-а,в,г; 5-а,в,г; : 6-д; 7-а,б,д; 8-а,г,д; 9-а,в; 10-а,б,г;
11-а,б,г; 12-а,б; 13-а,г; 14-а,в,г; 15-б,в; 16-г; 17-д; 18-д; 19-д; 20-д; 21-а;
22-б; 23-д; 24-б, в, д; 25-г; 26-д; 27-в; 28-в; 29-в; 30-б; 31-а;
32-г; 33-а, б; 34-б; 35-б; 36-д; 37-г, б; 38-в; 39-а, в; 40-а; 41-г; 42-б;
43-а,б; 44-г; 45-б; 46-в; 47-г; 48-а; 49-б, д; 50-в; 51-б; 52-б;
53-б; 54-г; 55-д; 56-а; 57-б; 58-д; 59-г; 60-в; 61-а; 62-д; 63-б;
64-а,б,в,г; 65-а, д; 66-в; 67-а,в,д; 68-а,б,г,д; 69-в, г; 70-а,б,в,д;

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения «Производственной (клинической) практики №2»

В процессе прохождения практики «Производственная (клиническая) практика № 2», ординаторы должны овладеть следующими компетенциями:

Универсальные компетенции (УК):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Профессиональные компетенции (ПК):

в профилактической деятельности:

–готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

–готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

–готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

–готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

в диагностической деятельности:

– готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

в лечебной деятельности:

–готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

– готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

в реабилитационной деятельности:

– готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

в психолого-педагогической деятельности:

– готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

в организационно-управленческой деятельности:

– готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных

подразделениях (ПК-10);

– готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

**Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации
по «Производственная (клиническая) практика №2»**

1. Принципы организации и проведения диспансеризации лиц с дерматовенерологическими заболеваниями.
2. Законодательные и нормативные акты, регулирующие оказание медицинской помощи пациентам с дерматовенерологическими заболеваниями.
3. Этиология и патогенез дерматитов.
4. Клинические проявления простого дерматита..
5. Клинические проявления аллергического дерматита..
6. Принципы лечения и профилактики фотодерматитов и фотодерматозов.
7. Критерии диагностики пузырных дерматозов.
8. Принципы лечения пузырчатки обыкновенной.
9. Клинические формы псориаза.
10. Принципы лечения псориаза.
11. Лечение чесотки.
12. Диагностика дерматомикозов.
13. Клинические формы красного плоского лишая.
14. Токсикодермия Клиника. Лечение.
15. Многоформная экссудативная эритема. Клиника.Лечение.
16. Показатели тяжести токсикодермий. 17.Эпидемиология, этиология, патогенез красной волчанки.
17. Критерии диагностики красной волчанки.
18. Лечение аногенитальной герпетической вирусной инфекции.
19. Клиническая картина простого и опоясывающего герпеса.
20. Патомимии.
21. Чесотка у детей.
22. Классификация акне.
23. Механизм иммунопатогенеза атопического дерматита.
24. Классификация, клинические проявления пиодермитов.
25. Первичные и вторичные морфологические элементы сыпи при дерматозах. Их связь с гистопатологическими изменениями в эпидермисе и дерме.
26. Импетиго стрептококковое и стрептостафилококковое (вульгарное). Пути инфицирования. Патогенез. Клинические разновидности. Лечение.
27. Фурункулы и фурункулез. Гидраденит. Этиология, патогенез, клиника. Терапия острых и хронических рецидивирующих форм пиодермий. Профилактика пиодермий в быту и на производстве.
28. Туберкулезная волчанка. Этиология и патогенез. Патоморфология люпомы. Клиника и течение. Основные клинические разновидности. Методы диагностики. Принципы лечения и профилактики.
29. Индуративный туберкулез кожи. Этиология и патогенез. Особенности гистоморфологической картины. Клиника и течение. Методы диагностики. Принципы лечения и профилактики.
30. Колликувативный туберкулез кожи. Патогенез. Гистопатология. Клиника и течение. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения и профилактики.
31. Лепра. Возбудитель. Патогенез. Эпидемиология. Распространенность лепры в разных странах. Клинические разновидности и течение. Прогноз. Клиническая и лабораторная диагностика лепры. Гистоморфология лепромы. Принципы лечения и профилактики.
32. Поверхностная трихофития. Возбудители. Пути передачи. Клиника поражений гладкой кожи, волосистой части головы и ногтей. Хроническая трихофития. Диагностика. Принципы лечения и профилактики в семье и в организованных коллективах.

33. Микроспория. Возбудители. Пути передачи инфекции. Клиника поражений гладкой кожи и волосистой части головы. Методы диагностики. Принципы терапии и профилактики.

34. Руброфития. Возбудитель. Пути передачи. Клиника поражений стоп, гладкой кожи, ногтей. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.

35. Инфилтративно-нагноительная трихофития. Возбудители. Эпидемиология. Клиника, течение. Принципы терапии. Диагностика. Профилактика.

36. Принципы лечения кожных болезней. Системная и локальная терапия дерматозов

37. Кандидозы кожи и слизистых оболочек. Возбудители. Патогенез. Пути распространения инфекции. Клиника. Лечение. Методы диагностики. Профилактика.

38. Чесотка. Возбудитель. Пути передачи инфекции. Клиника, течение, осложнения. Лечение. Профилактика в семье и в организованных коллективах.

39. Герпес простой. Этиология и патогенез. Гистопатология. Пути распространения инфекции, обусловленной возбудителями первого и второго иммунотипа. Клиника и течение. Особенности диагностики при локализации на гениталиях. Лечение. Опоясывающий лишай. Этиология и патогенез. Клинические разновидности. Течение болезни. Лечение.

40. Папилломавирусная инфекция, как дерматологическая и онкологическая проблема. Клинические проявления ПВИ на коже и слизистых оболочках. Остроконечные кондиломы. Этиология. Гистопатология. Пути заражения. Клиника. Лечение. Дифференциальный диагноз от широких кондилом, вульгарных и плоских бородавок.

41. Дерматиты и их причины. Контактные (простые, облигатные) и аллергические дерматиты. Клинические разновидности. Методы диагностики. Лечение.

42. Кожные проявления лекарственной болезни. Токсикодермии (токсидермии). Патогенез. Клинические разновидности. Отличие токсикодермий от лекарственных

43. дерматитов. Лечение.

44. Экзема. Патогенез. Гистопатология острой и хронической экземы. Этапы развития экзематозного процесса. Клиника и течение экземы. Разновидности экземы. Принципы лечения экземы в разных стадиях. Прогноз. Профилактика обострений.

45. Профессиональные дерматозы и профессиональные приметы. Клинические формы и течение профессиональных дерматозов. Методы диагностики. Лечение. Профотбор. Профилактика.

46. Зудящие дерматозы. Кожный зуд. Особенности патогенеза, клиники и течения генерализованных и локализованных форм кожного зуда. Методы лечения. Крапивница острая и хроническая. Этиология и патогенез. Клиника и течение. Лечение

47. Нейродерматозы. Ограниченный нейродермит Видаля. Диффузный хронический нейродермит. Атопический дерматит. Патогенез. Клиника и течение. Прогноз. Принципы местного и общего лечения. Диспансеризация.

48. Инфекционные эритемы. Розовый лишай Жибера. Этиология и патогенез. Патоморфология кожных поражений. Клиника и течение. Дифференциальная диагностика. Диагноз. Лечение. Многоформная экссудативная эритема. Этиология и патогенез. Инфекционно-аллергическая и токсико-аллергическая формы. Клиника, течение, лечение. Профилактика рецидивов.

49. Красный плоский лишай. Этиология и патогенез. Гистопатология. Клинические разновидности. Течение. Лечение.

50. Псориаз. Морфология и гистопатология высыпаний. Клиника и течение псориаза. Вульгарный псориаз, псориатическая эритродермия и псориатические артриты. Принципы терапии в разных стадиях и при разных формах псориаза.

51. Васкулиты кожи. Классификация. Клинические разновидности. Узловатая эритема. Этиология и патогенез. Острая и хронические формы. Клиника, течение, лечение. Дифференциальный диагноз с индуративным туберкулезом кожи.

52. Себорея. Этиология и патогенез. Клинические и патогенетические разновидности. Осложнения.
53. Акне. Патогенез, классификация. Принципы лечения.
54. Дискоидная красная волчанка. Этиология и патогенез. Клиника, течение, осложнения. Принципы терапии и профилактики рецидивов и обострений. Диспансеризация больных..
55. Системная красная волчанка. Патогенез. Особенности клиники и течения. Методы лабораторной диагностики. Принципы лечения. Диспансеризация больных и методы профилактики рецидивов и обострений.
56. Склеродермия. Этиология и патогенез. Гистоморфология. Очаговая (бляшечная) и системная склеродермия. Клиника, течение. Прогноз. Принципы лечения. Диспансеризация больных, её цели и методы.
57. Герпетиформный дерматоз Дюринга. Этиология и патогенез. Клиника, течение, прогноз. Особенности гистопатологии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.
58. Пузырчатка акантолитическая (вульгарная). Этиология и патогенез. Патоморфология кожных поражений. Клиника и течение. Прогноз. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Диспансеризация больных, её цели и методы.
59. Неакантолитические пузырьчатки. Рубцующийся пемфигоид Левера. Этиология и патогенез. Патоморфология кожных поражений. Клиника и течение. Прогноз. Дифференциальный диагноз с герпетиформным дерматозом Дюринга. Принципы лечения.
60. Невусы. Клинические формы. Признаки малигнизации невусов. Меланома. Её клинические особенности и течение. Методы диагностики. Принципы лечения и профилактики.
61. Базалиома. Патогенез. Гистоморфология базалиом. Клинические разновидности. Течение. Прогноз. Терапия.
62. Плоскоклеточный рак кожи. Гистоморфологические особенности. Условия,
63. способствующие развитию плоскоклеточного рака. Клиническая картина и течение. Прогноз. Принципы терапии
64. Гонококковая инфекция. Возбудитель. Иммуитет при гонорее, реинфекция, рецидив и суперинфекция. Классификация гонореи. Клиника и течение гонорейного уретрита у мужчин. Принципы топической диагностики. Осложнения гонорейного уретрита у мужчин. Эпидидимит и т.д. Методы диагностики. Лечение.
65. Урогенитальный хламидиоз. Возбудитель, его морфологические и биологические особенности. Пути передачи инфекции. Клиника и течение урогенитальных поражений. Осложнения. Принципы диагностики и терапии. Профилактика.
66. Мочеполовой трихомониаз. Возбудитель. Пути передачи инфекции. Клиника и течение трихомониаза. Осложнения. Принципы лабораторной диагностики. Лечение.
67. Бактериальный вагиноз. Клинические проявления. Критерии диагностики. Лечение.
68. Общая характеристика течения приобретенного сифилиса. Пути распространения бледных трепонем в организме. Иммуитет и инфекционная аллергия при сифилисе. Понятие о реинфекции и суперинфекции.
69. Течение сифилиса в первичном периоде: клинические проявления и иммунологические изменения. Твердый шанкр. Клиника и течение. Дифференциальный диагноз. Динамика серологических реакций.
70. Течение сифилитической инфекции во вторичном периоде. Общая характеристика течения. Общая характеристика высыпаний вторичного периода. Гистопатология вторичных сифилидов. Р
71. Течение сифилитической инфекции во вторичном периоде. Общая характеристика течения. Сифилитическая розеола. Симптоматика, течение. Дифференциальный диагноз с высыпаниями при розовом лишае, токсикодермии и отрубевидном лишае.

72. Течение сифилитической инфекции во вторичном периоде. Общая характеристика течения. Папулезный сифилид кожи. Клинические разновидности. Течение сифилитических папул на коже. Гистопатология папулезных сифилидов. Диагноз и дифференциальный диагноз.

73. Сифилитические высыпания в полости рта при первичном и вторичном периоде. Эритематозные и папулезные сифилитические ангины. Клиника, течение, диагноз и дифференциальный диагноз.

74. Вторичные сифилиды гениталий. Клинико-морфологические особенности папулезных высыпаний на гениталиях. Гистопатология. Течение. Дифференциальный диагноз. Широкие кондиломы (вегетирующие сифилитические папулы). Клиника, гистопатология. Диагноз и дифференциальный диагноз.

75. Пигментный сифилид (лейкодерма). Особенности патогенеза, клиники, течения. Дифференциальный диагноз с вторичной лейкодермой после разноцветного лишая. Сифилитические облысения вторичного периода. Дифференциальный диагноз с гнездой плешивостью и дерматофитиями волосистой части головы.

76. Течение сифилиса в третичном периоде. Частота и причины перехода болезни в третичную стадию. Клинические и иммунобиологические изменения в третичном периоде. Диагностика сифилиса в третичном периоде.

77. Бугорковый сифилид кожи и слизистых оболочек. Гистопатология бугоркового сифилида. Клинические разновидности. Течение. Исход. Дифференциальный диагноз с туберкулезной волчанкой. Диагностика.

78. Гуммозные сифилиды кожи. Клинические разновидности, течение и исход гумм кожи. Гистопатология. Дифференциальный диагноз с колликативным туберкулезом, новообразованиями, лейшманиозом, трофическими язвами. Диагностика сифилиса в третичной стадии.

79. Скрытый (асимптомный) сифилис. Причины асимптомного течения инфекции.

80. Клинико-эпидемиологические разновидности приобретенного скрытого сифилиса. Методы диагностики. Принципы лечения больных сифилисом. Превентивное, профилактическое и пробное лечение. Критерии излечения и снятия с учета.

81. Врожденный сифилис. Пути передачи сифилиса потомству. Сифилис плода. Ранний врожденный сифилис. Поздний врожденный сифилис. Клиника. Течение. Методы диагностики. Профилактика и лечение.

82. Серологическая диагностика сифилитической инфекции. Виды серологических реакций. Иммунологическая сущность. Диагностическая ценность на разных стадиях сифилиса.

83. ВИЧ-инфекция. Эпидемиология. Классификация. Кожные проявления при ВИЧ-инфекции. Саркома Капоши. Особенности течения саркомы Капоши при ВИЧ-инфекции. Диагностика ВИЧ-инфекции.

84. Общая характеристика течения ВИЧ-инфекции у человека. Кожные проявления синдрома приобретенного иммунодефицита, их клинические особенности. «Оппортунистические» инфекции кожи. «Маркерные» заболевания кожи и слизистых оболочек. Диагностика ВИЧ-инфекции.

85. Кожный лейшманиоз (болезнь Боровского). Возбудитель. Пути передачи инфекции. Клиника и течение. Лечение и профилактика.

86. Клинико-эпидемиологические разновидности приобретенного скрытого сифилиса. Методы диагностики. Принципы лечения больных сифилисом. Превентивное, профилактическое и пробное лечение. Критерии излечения и снятия с учета.

87. Врожденный сифилис. Пути передачи сифилиса потомству. Сифилис плода. Ранний врожденный сифилис. Поздний врожденный сифилис. Клиника. Течение. Методы диагностики. Профилактика и лечение.

88. Серологическая диагностика сифилитической инфекции. Виды серологических реакций. Иммунологическая сущность. Диагностическая ценность на разных стадиях сифилиса.

89. ВИЧ-инфекция. Эпидемиология. Классификация. Кожные проявления при ВИЧ-инфекции. Саркома Капоши. Особенности течения саркомы Капоши при ВИЧ-инфекции. Диагностика ВИЧ-инфекции.

90. Общая характеристика течения ВИЧ-инфекции у человека. Кожные проявления синдрома приобретенного иммунодефицита, их клинические особенности. «Оппортунистические» инфекции кожи. «Маркерные» заболевания кожи и слизистых оболочек. Диагностика ВИЧ-инфекции.

91. Кожный лейшманиоз (болезнь Боровского). Возбудитель. Пути передачи инфекции. Клиника и течение. Лечение и профилактика.

Ситуационные задачи по «Производственной (клинической) практике №2».

Задача № 1.

Больной Н., 62 лет, пенсионер, работает механизатором. Поступил с жалобами на поражение всего кожного покрова, чувство стягивания кожи, обильное шелушение, слабость, озноб,

Болен 2 недели. В анамнезе у больного псориаз в течение 10 лет с редкими обострениями и наличием дежурных бляшек на локтях и коленях. Кроме того, в анамнезе язвенная болезнь 12-п кишки 20-летней давности, вне обострения.

У больного в процессе работы был контакт со смазочными материалами и бензином, после чего появилась гиперемия кожи обоих предплечий. Дерматолог госпитализировал больного в ЦРБ, где кожу предплечий, со слов больного, смазывали 33% серной мазью, после чего покраснела вся кожа, и больной был направлен в РКВД.

При поступлении состояние средней тяжести. Температура 37,8°. Поражение кожи носит универсальный характер: весь кожный покров ярко-красного цвета с бурым оттенком, напряжен. Кожа инфильтрирована, отечна, имеется крупно-пластинчатое шелушение, на ладонях и подошвах кожа резко гиперемирована, инфильтрирована, напряжена, ногти атрофичны, крошатся со свободного края. Периферические лимфоузлы увеличены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Его обоснование?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. У больного псориаз эритродермия. В анамнезе - псориаз, спровоцирована эритродермия контактом со смазочными материалами и нерациональной наружной терапией (33% серная мазь).

2. Лечение больного следует начать с больших доз кортикостероидов в инъекционной форме с учетом наличия язвенной болезни 12-п кишки в анамнезе (90 мг преднизолона в сутки и кеналог-40 1,0 в/м - 1 раз в неделю, препараты калия, бессолевая диета, инфузионная терапия (детоксикационная) - гемодез, реополиглюкин, физраствор) через день внутривенно капельно по 400,0. Возможно подключение цитостатиков - метотрексата по 0,0005г внутримышечно -7 дней под контролем ОАК, перерыв 5 дней, при необходимости цикл повторить. Гепатотропные препараты - эссенциале, лив-52, контроль сахара крови, ПТИ, артериального давления, ФГС для контроля состояния язвы. Наружно - ланолиновый крем с кортикостероидными мазями. Соскоб с языка на грибы рода кандиды.

3. Прогноз - для жизни благоприятный, но лечение будет длительным, возможна инвалидизация больного, развитие осложнений на фоне длительного приема больших доз кортикостероидов.

Задача № 2.

Больной В., 36 лет, поступил с жалобами на наличие высыпаний на волосистой части головы, туловище, конечностях, которые появились 10 ноября после переохлаждения. Болен 5 лет, но такие высыпания появились впервые. Аналогичным заболеванием страдает дядя.

Поражение носит распространенный характер. На волосистой части головы, груди, спине, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей имеются папулы ярко-красного цвета, размерами 0,2 x 0,2 до 0,7 x 0,7 см, местами сливающиеся в бляшки 2x3 и 3x4 см, по периферии элементов выражен венчик роста. На поверхности папул и бляшек – массивные чешуе-корки. Псориаз триада вызывается. Феномен Кебнера

положителен. Ногти кистей и стоп с наперстковидной истыканностью, грязно-серого цвета с подногтевым гиперкератозом.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Профилактика?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. У больного диссеминированный эксудативный псориаз, прогрессирующая стадия, осенне-зимняя форма.

2. Лечение: десенсибилизирующие, антигистаминные, мочегонные, препараты калия, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, затем присоединение иммуностимулирующих средств – пирогенал, аутогемотерапия, витаминотерапия. Наружно- 3% серная мазь. Физиолечение: элекросон в прогрессирующей стадии. Общее УФО в регрессивной стадии.

3. Диспансерное наблюдение у дерматолога, избегать переохлаждения и стрессов, противорецидивное лечение осенью (витаминотерапия, иммуностимуляторы, общее УФО).

Задача №3.

Больной Б., 62 лет, пенсионер, работал строителем, заболел остро. Много лет страдает гипертонической болезнью. На месте укола 25% раствора сернокислой магнезии появились зудящие высыпания, постепенно сыпь распространилась по всему телу. Обратился к дерматологу по месту жительства. В связи с выраженностью зуда и подозрением на чесотку больной был обработан 20% раствором бензил-бензоата – без эффекта. Больной был направлен в КВД.

При поступлении: жалобы на сильный зуд. Больной правильного телосложения, резко повышенного питания – вес 103 кг при росте 178 см. Общее состояние удовлетворительное. Органы дыхания без патологии. Артериальное давление 180/90 мм рт. ст. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, живот вздут, болезненный по ходу толстой кишки. Дермографизм красный, стойкий. Эмоционально лабилен. ОАК и ОАМ в норме, сахар крови 8,0 ммоль/л, тимоловая проба 5 ед, остальные биохимические показатели крови в норме. КСР отрицателен. Состоит на учете у терапевта по поводу гипертонической болезни. Повышение сахара в крови выявлено впервые.

Поражение кожи носит распространенный характер. Поражена кожа туловища, конечностей, половых органов, где имеются папулы размерами 3x3, 4x4 мм, сливающиеся в бляшки на коже поясницы, ягодиц, передней поверхности голеней, сгибательных поверхностей предплечий. Папулы и бляшки темно-красного цвета с синюшным оттенком, некоторые элементы имеют пупкообразное вдавление в центре, характерный блеск при боковом освещении, на поверхности папул после смазывания растительным маслом – сетка Уикхема. Феномен Кебнера положителен: имеется высыпание папул на местах расчесов в области ягодиц и на местах инъекций. Шелушение в области высыпаний не выражено. Субъективно: сильный зуд, лишаящий сна. На слизистой щек по линии смыкания зубов имеются эрозии, вокруг которых на гиперемизованном отечном основании располагаются в виде рисунка мелкие беловато-серые папулы. Эрозии полигональной формы и неправильных очертаний, покрыты фибринозным налетом, малоблезненны.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Лечение?

4. Прогноз?

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. У больного: Распространенный красный плоский лишай с эрозивной формой поражения слизистой полости рта в сочетании с сахарным диабетом и гипертонической болезнью (Синдром Гриншпана).

2. У данного больного высыпания КПЛ следует дифференцировать с папулезным сифилидом. При сифилисе папулы имеют округлую форму, медно-красный цвет, шелушатся по периферии по типу воротничка Биетта, могут сопровождаться мокнутием, характерен полисклераденит и положительные КСР. Зуд не характерен. На слизистых сифилитические папулы крупные, округлой или овальной формы, поверхность их покрыта серовато-белым налетом, который снимается, на поверхности обнаруживаются бледные трепонемы, КСР положительны.

Высыпания на слизистой полости рта следует дифференцировать с лейкоплакией, при этом следует учитывать, что на слизистой щек имеется ороговение в виде сплошной бляшки серовато-белого цвета, нет рисунчатого характера поражения, очаг имеет форму треугольника, вершиной обращенной вглубь рта, очаг имеет вид серовато-белой, как бы наклепленной пленки, которая не снимается. При кандидозе слизистой рта образуются очаги с белесоватым творожистым налетом, плотноватой, легко снимающейся пленкой, в которой микроскопически обнаруживаются скопления почкующихся дрожжевых клеток и нитей псевдомицелия.

Эрозивную форму КПЛ следует дифференцировать с эрозиями при пузырчатке. Положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках акантолитических клеток, а при КПЛ присутствие характерных папулезных элементов на слизистой полости рта и коже помогает в правильной диагностике.

Папулезные высыпания при псориазе - розово-красного цвета, сливаются в крупные бляшки, преимущественная локализация - на разгибательных поверхностях конечностей, покрыты серебристо-белыми чешуйками, положительна триада Ауспица, слизистые оболочки поражаются редко (у 2% больных).

3. У данного больного лечение следует начинать с обследования у эндокринолога, назначения противодиабетической диеты, и по рекомендации эндокринолога - одного из противодиабетических препаратов. Следует контролировать АД, применять гипотензивные средства. Проконсультировать больного у гастроэнтеролога, лечить патологию ЖКТ (фестал, метионин, липокаин, эссенциале) длительно.

Кортикостероиды данному больному противопоказаны (сахарный диабет, лишний вес). Показаны антигистаминные препараты, водорастворимый пенициллин (12 млн ЕД на курс). Физиотерапия противопоказана в связи с повышением АД. Наружно: кортикостероидные мази, взбалтываемые взвеси, 0,5% раствор ментола, на слизистую рта - желе солкосерила.

4. Данное заболевание имеет хронический характер и может продолжаться годами. У данного больного большое значение имеет лечение соматической патологии.

Задача № 4.

Больной А., 20 лет, шофер. Обратился в поликлинику КВД с жалобами на наличие высыпаний на коже туловища, стоп и кистей. Болен в течение 1 месяца, через 2 недели после командировки появился зуд, усиливающийся ночью, заметил высыпания в межпальцевых складках кистей и на туловище. Не лечился. Живет один.

При осмотре: высыпания носят распространенный характер: на коже передне-боковых поверхностей туловища, ягодицах, бедрах имеются фолликулярные папулы, папуловезикулы, эксфолиации, покрытые геморрагическими корочками, геморрагические корочки имеются на разгибательных поверхностях локтевых суставов. На сгибательной поверхности лучезапястных суставов имеются «жемчужные везикулы»

величиной с булавочную головку. На коже кистей, половых органов имеются слегка возвышающиеся над кожей линии грязно-серого цвета (ходы) с темной точкой на слепом конце («возвышение Базена»). При нанесении йода на «ход» становятся видны черноватые точки, расположенные на одинаковом расстоянии друг от друга. На мошонке и половом члене имеются инфильтрированные, сильно зудящие папулы диаметром 0,5 см красновато-коричневого цвета. Лицо и волосистая часть головы свободны от высыпаний.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие диагностические симптомы подтверждают диагноз?
3. Лабораторное подтверждение диагноза?
4. Назначьте лечение больному.
5. Какова методика текущей дезинфекции в очаге?

Эталоны ответов к задаче № 4.

1. У больного чесотка.
2. Имеются чесоточные ходы (после обработки йодом выглядят в виде пунктирной линии), симптом Горчакова (геморрагические корочки на разгибательных поверхностях локтевых суставов), «жемчужные» везикулы в области запястий, скабиозные узелки на гениталиях, зуд, усиливающийся ночью, отсутствие высыпаний на лице и волосистой части головы.

3. Диагноз чесотки должен быть подтвержден нахождением чесоточного клеща в соскобах с чесоточных ходов после обработки их 40% раствором молочной кислоты.

4. В соответствии с приказом № 162 при лечении чесотки возможно применение 20% эмульсии бензил-бензоата в 1 и 4 дни лечения, в вечернее время после душа. Обязательна смена нательного и постельного белья при каждой обработке. Кроме того, возможно применение мифокса в течение 3-х дней, или спрегалия однократно с экспозицией не менее 12 часов, серной мази 33% в течение 5 дней.

5. Нательное и постельное белье обеззараживается кипячением в 1-2% растворе соды или стирального порошка в течение 5-7 минут, верхнюю одежду можно прогладить утюгом. В скабиозориях нательное белье больных обрабатывается в дезокамере. Вещи, не подлежащие термической обработке, могут быть вывешены на открытый воздух на 3 дня. Для обработки вещей может быть использован спрей А-ПАР (перчатки, меха), возможно использование вещей через 2 часа после обработки.

Задача № 5.

Военнослужащий 21 год получал триметоприм / сульфаметоксазол (ТМП/СМК) по поводу боли в горле. Через 2 суток после начала лечения появились красные блюдцеобразные высыпания на конечностях, далее начали появляться единичные везикулы, пузыри на губах и слизистой оболочке рта. Больной лечился ТМП/СМК 5 лет назад без побочных эффектов.

Физикальное обследование. На момент осмотра температура 39 С; пульс 120 /мин, ЧД 30/мин, АД 120/78 мм.рт.ст. Кожа: множество круглых красных пятен, напоминающих мишень. Центральная часть пятен цианотична, в центре некоторых элементов располагаются папулы и везикулы. Периферический ободок красного цвета. На губах – множественные везикулы и пузыри, на слизистой оболочке рта - эрозии, образовавшиеся при разрыве пузырей.

Дополнительные исследования: общий анализ крови, биохимические показатели функции печени и почек, обзорная рентгенография грудной клетки, общий анализ мочи - без патологии. Биопсия кожи: вакуолизация клеток базального слоя эпидермиса, фокусный некроз, некроз отдельных кератиноцитов, выраженный отек сосочкового слоя дермы, незначительная лимфогистиоцитарная инфильтрация дермы.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение целесообразно назначить?

Эталон ответов к задаче № 5.

1. Синдром Стивенса - Джонсона, вызванный приемом ТМП/СМК.

Синдром Стивенса – Джонсона характеризуется мишеневидными элементами, везикулами и пузырями. Характерно поражение слизистых оболочек. Возможна лихорадка. Часто наблюдают буллезную сыпь на губах и слизистой оболочке рта, как у нашего больного. Отслойка эпидермиса возникает на 10-20% поверхности тела (симптом Никольского положительный).

2. При синдроме Стивенса-Джонсона показана симптоматическая терапия. Проводят тщательную обработку пораженной кожи, инфузионную терапию, лечат инфекционные осложнения. Лечение лучше всего проводить в ожоговом отделении. Препарат, вызвавший заболевание, немедленно отменяют. Не следует назначать препараты той же группы. В обсуждаемом случае было поражено 20% площади поверхности тела, что послужило причиной госпитализации в ожоговое отделение. ТМП/СМК немедленно отменили. Активная инфузионная терапия и обработка пораженных участков кожи привели к выздоровлению с минимальным образованием рубцов.

Задача № 6

К дерматологу обратился М. 29 лет с жалобами на обильное выпадение перхоти, образованием желтоватых чешуек, корок, зуд пораженных участков кожи головы. После мытья голова быстро становится жирной (за сутки). Голову моет 2-3 раза в неделю. Других лечебных мероприятий не проводил.

1. Предварительный диагноз.
2. Объясните патогенез данного заболевания.
3. Назначьте необходимое лечение.

Эталон ответа к задаче №6

1. Себорея волосистой части головы. Жирная форма.
2. В развитии жидкой себореи ведущую роль играют функциональные расстройства вегетативной нервной системы. Нарушение секреции сальных желез при этой форме себореи характеризуется главным образом увеличением количества выделяемого кожного сала и в меньшей степени качественными его изменениями. Последние выражаются в снижении количества свободных низших жирных кислот с числом углеродных атомов в цепи от C₈ до C₁₃, обладающих, как предполагают, фунгицидными и бактерицидными свойствами, и в увеличении количества свободных высших жирных кислот.
3. В случае поражения волосистой части головы прописываются шампуни с содержанием дегтя, цинка, салициловой кислоты и кетоконазола. Применение должно производиться не реже двух раз в неделю до окончательной ликвидации себореи, притом не менее месяца. После излечения рекомендуется профилактическое использование шампуня не реже одного раза в две недели. Возможно размягчение чешуек с помощью масел и дальнейшем применении кетоконазолового шампуня.

В случае, если эта терапия не возымела действия, добавляют гормональные мази, а также возможно назначение противогрибковых препаратов внутрь на протяжении одной недели: Флуконазол, Тербинафин, Кетоконазол, Изотретиноин. Длительность курса — 4 недели.

В комплекс входят также витамины, успокоительные, препараты для нормализации функций желудочно-кишечного тракта и противоаллергенные.

Задача № 7

На приеме у дерматолога больная 42 лет с жалобами на появление после нервного потрясения обильной сыпи, сопровождающейся зудом. Больна 10 дней. При осмотре: на туловище, передней поверхности голеней имеются многочисленные плоские папулезные высыпания полигональной формы, синюшно – красного цвета, с гладкой блестящей поверхностью, с пупковидным вдавлением в центре. Выставлен диагноз: красный плоский лишай.

Вопросы:

1. Дайте определение описанному элементу сыпи.
2. Какой основной гистопатологический процесс характерен для папул при этом заболевании?

Эталоны ответов к задаче № 7

1. Папула является первичным морфологическим элементом сыпи, представляет собой ограниченное возвышающееся уплотнение кожи, не имеющее полости.
2. Основной гистопатологический процесс, наблюдающийся в папулах красного плоского лишая – неравномерный гипергранулез.

Задача № 8

По поводу ангины больному был назначен тетрациклин, который он неоднократно принимал ранее. На второй день после начала приема антибиотика на коже появилась пятнистые высыпания, сопровождающиеся зудом.

Вопросы:

1. Дайте определение описанному морфологический элемент сыпи.
2. На основании каких данных устанавливается диагноз кожного заболевания?

Эталоны ответов к задаче № 8

1. Пятно представляет собой изменение окраски кожи на ограниченном участке.
2. Диагноз кожного заболевания устанавливается на основании анамнестических данных, жалоб больного, осмотра кожи, обследования общего состояния больного.

Задача № 9

У больной 35 лет после сильного нервного переживания на тыле кистей появились участки покраснения и отека с последующим образованием на этом фоне мелких воспалительных папул, пузырьков, эрозий с обильным выделением серозной жидкости. Процесс сопровождался сильным зудом.

Вопросы:

1. Назовите субъективные и объективные симптомы болезни.
2. Назовите, что могло стать причинным фактором для возникновения дерматоза?

Эталоны ответов к задаче № 9

1. К субъективным симптомам относят проявления болезни, которые ощущает больной, в данном случае – зуд.
К объективным – изменения, которые врач находит на коже, то есть морфологические элементы сыпи. В данном задании - воспалительные папулы, пузырьки, эрозии на фоне покраснения и отека кожи.
2. Причиной возникновения дерматоза могло быть сильное нервное переживание.

Задача № 10

В клинику поступил больной 19 лет с жалобами на зуд кожи и наличие высыпаний в области подколенных и локтевых сгибов. Болен с 6-месячного возраста. Обострение кожного процесса отмечается после употребления шоколада, апельсинов, на фоне простудных заболеваний, при интенсивных физических нагрузках, сопровождающихся повышенным потоотделением.

Объективно: кожа сухая, покрыта большим количеством чешуек, дермографизм белый стойкий. Имеется складка нижнего века (симптом Дени-Моргана), хейлит, проявляющийся застойной эритемой, инфильтрацией и шелушением красной каймы губ с наличием радиарных бороздок. На коже в области коленных и локтевых сгибов, тыла кистей, задней и боковых поверхностей шеи имеются очаги лихенификации с эксфолиациями, покрытыми геморрагическими корочками.

1. Ваш диагноз?
2. План лечения?
3. Профилактика?

Эталоны ответов к задаче № 10

1. Атопический дерматит, эритематозно-сквамозная с лихенизацией форма, стадия обострения.
2. Антигистаминные, десенсибилизирующие (натрия тиосульфат) препараты, энтеросорбенты внутрь (полифепан, полисорб). Местно элоком, элидел, бальзам для губ.
3. Диспансерный учет, исключение провоцирующих обострение факторов, применение увлажняющих средств на кожу (липикар бальзам, эмольтант экстрем, иктиан молочко для тела, топикрем и др.). Санаторно-курортное лечение в теплое время года.

Задача № 11

На прием к участковому врачу обратился пациент 40 лет с жалобами на недомогание, сыпь по кожному покрову, сопровождающуюся зудом. Высыпания на коже появились 2 дня назад после приема аспирина.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Профилактика?

Эталоны ответов к задаче №12

1. Медикаментозная токсикодермия.
2. Отменить приема аспирина. Рекомендовано обильное питье, назначение антигистаминных, десенсибилизирующих препаратов, энтеросорбентов. Местно - взбалтываемая взвесь.
3. Профилактика – исключить прием аспирина.

Задача № 12

Больная С., 49 лет. Поступила в клинику 20/1 2004 г. с жалобами на поражение кожного покрова и слизистой оболочки ротовой полости. Данное заболевание возникло 18/1 2004 г. на 10-й день лечения мономицином по поводу хронической пневмонии. Состояние больной средней тяжести, температура—39,6°, пульс—102 удара в минуту, частота дыхания — 46, артериальное давление 100/70 мм рт. ст. Поражение кожи захватывает примерно 50—60% кожного покрова. В средней части туловища, на ягодицах и бедрах поражение проявляется диффузной эритемой с изолированно расположенными пузырями; в верхней части туловища, на лице, плечах и в крупных складках кожи — отдельными очагами эритемы с эрозиями и пузырями. Положительный

симптом П. В. Никольского в окружности эрозий. На слизистой полости рта — покраснение, эрозии. Миндалины отечны и гиперемированы. На языке — сероватый пленчатый налет. На месте инъекций мономицина, на правой ягодице, расположен массивный багровый инфильтрат с некрозом в центре. В легких сухие хрипы. Со стороны сердца и других внутренних органов патологии не выявлено.

Анализ крови от 21/1 2004 г.: гем — 14,5 г%, Э — 5,2 млн., Л — 6400, э — 0, СОЭ — 27 мм/ч; от 25/1 2004 г.: гем — 14,2 г%, Э — 5,5 млн., Л — 11400, базофилов — 2%, эозинофилов — 4%, СОЭ — 35 мм/ч. Суточное количество мочи — 1380 мл. В моче — 0,12‰ белка.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Эталон ответов к задаче № 12

1. Диагноз: токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла), феномен Артюса. Правосторонняя интерстициальная пневмония.

2. Отменить инъекции мономицина. Назначить преднизолон по 60 мг в сутки внутримышечно и внутривенно, капельные вливания физиологического раствора, 5% раствора глюкозы, обильное питье, наружные средства.

3. Выздоровление. В будущем при необходимости назначения антибиотиков — не применять мономицин.

Задача № 13

Больной С. 34 года обратился к участковому терапевту с жалобами на сильную пекущую боль в левой половине грудной клетки, которая появилась три дня назад после переохлаждения; на высокую температуру тела (до 39°C). Принимал жаропонижающие, обезболивающие мази — без эффекта. Вчера вечером появилась сыпь в левой половине грудной клетки спереди в области ребер. Сыпь с пузырьками различных размеров с кровянистым содержимым.

1. Предварительный диагноз.
2. Объясните патогенез данного заболевания.
3. Назначьте необходимое лечение.

Эталон ответа к задаче №13

1. Опоясывающий лишай, геморрагическая форма.
2. Вирус нейродерматотропный, то есть может поражать клетки нервной системы и эпителия кожи. Первично или после перенесенной ветряной оспы вирус через кожу и слизистые, далее по кровеносной и лимфатической системам проникает в межпозвоночные узлы и задние корешки спинного мозга, где он может длительное время сохраняться в латентном состоянии, как и родственный ему вирус простого герпеса.
3. Противовирусные средства: ацикловир, валацикловир и фамцикловир.
Обезболивающие средства: Парацетамол, Ибупрофен, Кетанов.
При пост-герпетической невралгии - средства на основе капсаицина: габапентин и прегабалин. Кортикостероиды

Задача № 14

К участковому педиатру обратилась женщина с ребенком в возрасте 4 месяцев с жалобами на высыпания на коже лица, сухость и шелушение в области плеч, на зуд кожи. Начало заболевания отмечает с 3-х месячного возраста после перехода с грудного на

цельное молоко. У ребенка появилась преходящая гиперемия щек, усиливающаяся в вечернее время. Несмотря на хороший уход, трудно было справиться с опрелостями, которые стали появляться в подмышечных впадинах и на шее. Через две недели, после введения прикорма в виде манной каши, которую ребенок получал 3–4 раза в день, произошло обострение процесса: на щеках появилась ярко выраженная папулезная сыпь, зуд. Периодически сыпь появлялась и в области лучезапястных суставов. Кожа в области плеч стала сухой, отмечалось шелушение. Лечение не проводилось.

1. Предварительный диагноз.
2. Объясните патогенез данного заболевания.
3. Назначьте необходимое лечение.

Эталон ответа к задаче №14

1. Аллергический конституциональный дерматит, распространенная форма, манифестная фаза.
2. Наиболее существенной особенностью детей с дерматоаллергозами экзогенной неинфекционной природы является нарушение иммунологической толерантности по отношению к антигенным воздействиям и биологически активным веществам. В формировании толерантности к антигенам, поступающим в организм извне, условно можно выделить два главных механизма, работающих строго совместно. Первый – иммунная эксклюзия антигенов, в которой ведущую роль играет местный секреторный иммунитет, дополняемый неиммунологическими механизмами элиминации и разрушения антигена. Второй – системная толерантность по отношению к тем часто не большим количествам антигенов, которые проникают через барьеры слизистых оболочек.
3. Выделяют 4 группы мероприятий: элиминацию аллергена, иммунотерапию, применение средств. Предупреждающих выброс биологически активных веществ из клеток и лечение уже развившихся аллергических реакций.

I. Организация режима антигенного щажения: обеспечение условий гипоаллергенного быта, устранение источников эндогенной сенсibilизации.

II. Элиминационные мероприятия слагаются из ряда моментов, из которых на первом плане стоит диетотерапия.

III. Патогенетическая терапия: антигистаминные препараты. Тавегил, Супрастин, Димедрол, Пипольфен, Лоратодин.

IV. Местное лечение: Мазь с димедролом и анестезином, глюкокортикоидные и глюкокортикостероидные мази, низкоактивные кортикостероиды в комбинации с антибиотиками в виде мазей.

Задача № 15

Больной Н., 62 лет, пенсионер, работает механизатором. Поступил с жалобами на поражение всего кожного покрова, чувство стягивания кожи, обильное шелушение, слабость, озноб,

Болен 2 недели. В анамнезе у больного псориаз в течение 10 лет с редкими обострениями и наличием дежурных бляшек на локтях и коленях. Кроме того, в анамнезе язвенная болезнь 12-п кишки 20-летней давности, вне обострения.

У больного в процессе работы был контакт со смазочными материалами и бензином, после чего появилась гиперемия кожи обоих предплечий. Дерматолог госпитализировал больного в ЦРБ, где кожу предплечий, со слов больного, смазывали 33% серной мазью, после чего покраснела вся кожа, и больной был направлен в РКВД.

При поступлении состояние средней тяжести. Температура 37,8°. Поражение кожи носит универсальный характер: весь кожный покров ярко-красного цвета с бурым оттенком, напряжен. Кожа инфильтрирована, отечна, имеется крупно-пластинчатое

шелушение, на ладонях и подошвах кожа резко гиперемирована, инфильтрирована, напряжена, ногти атрофичны, крошатся со свободного края. Периферические лимфоузлы увеличены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Его обоснование?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Эталоны ответов к задаче № 16

1. У больного псориазическая эритродермия. В анамнезе - псориаз, спровоцирована эритродермия контактом со смазочными материалами и нерациональной наружной терапией (33% серная мазь).

2. Лечение больного следует начать с больших доз кортикостероидов в инъекционной форме с учетом наличия язвенной болезни 12-п кишки в анамнезе (90 мг преднизолона в сутки и кеналог-40 1,0 в/м - 1 раз в неделю, препараты калия, бессолевая диета, инфузионная терапия (детоксикационная) - гемодез, реополиглюкин, физраствор) через день внутривенно капельно по 400,0. Возможно подключение цитостатиков - метотрексата по 0,0005г внутримышечно -7 дней под контролем ОАК, перерыв 5 дней, при необходимости цикл повторить. Гепатотропные препараты - эссенциале, лив-52, контроль сахара крови, ПТИ, артериального давления, ФГС для контроля состояния язвы. Наружно - ланолиновый крем с кортикостероидными мазями. Соскоб с языка на грибы рода кандиды.

3. Прогноз - для жизни благоприятный, но лечение будет длительным, возможна инвалидизация больного, развитие осложнений на фоне длительного приема больших доз кортикостероидов.

Задача № 17

Больной В., 36 лет, поступил с жалобами на наличие высыпаний на волосистой части головы, туловище, конечностях, которые появились 10 ноября после переохлаждения. Болен 5 лет, но такие высыпания появились впервые. Аналогичным заболеванием страдает дядя.

Поражение носит распространенный характер. На волосистой части головы, груди, спине, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей имеются папулы ярко-красного цвета, размерами 0,2 x 0,2 до 0,7 x 0,7см, местами сливающиеся в бляшки 2x3 и 3x4 см, по периферии элементов выражен венчик роста. На поверхности папул и бляшек – массивные чешуе-корки. Псориазическая триада вызывается. Феномен Кебнера положителен. Ногти кистей и стоп с наперстковидной истыканностью, грязно-серого цвета с подногтевым гиперкератозом.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Профилактика?

Эталоны ответов к задаче № 17

1. У больного диссеминированный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия, осенне-зимняя форма.

2. Лечение: десенсибилизирующие, антигистаминные, мочегонные, препараты калия, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, затем присоединение иммуностимулирующих средств – пирогенал, аутогемотерапия, витаминотерапия. Наружно- 3% серная мазь. Физиолечение: элекросон в прогрессирующей стадии. Общее УФО в регрессивной стадии.

3. Диспансерное наблюдение у дерматолога, избегать переохлаждения и стрессов, противорецидивное лечение осенью (витаминотерапия, иммуностимуляторы, общее УФО).

Задача №18

Больной Б., 62 лет, пенсионер, работал строителем, заболел остро. Много лет страдает гипертонической болезнью. На месте укола 25% раствора сернокислой магнезии появились зудящие высыпания, постепенно сыпь распространилась по всему телу. Обратился к дерматологу по месту жительства. В связи с выраженностью зуда и подозрением на чесотку больной был обработан 20% раствором бензил-бензоата – без эффекта. Больной был направлен в КВД.

При поступлении: жалобы на сильный зуд. Больной правильного телосложения, резко повышенного питания – вес 103 кг при росте 178 см. Общее состояние удовлетворительное. Органы дыхания без патологии. Артериальное давление 180/90 мм рт. ст. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, живот вздут, болезненный по ходу толстой кишки. Дермографизм красный, стойкий. Эмоционально лабилен. ОАК и ОАМ в норме, сахар крови 8,0 ммоль/л, тимоловая проба 5 ед, остальные биохимические показатели крови в норме. КСР отрицателен. Состоит на учете у терапевта по поводу гипертонической болезни. Повышение сахара в крови выявлено впервые.

Поражение кожи носит распространенный характер. Поражена кожа туловища, конечностей, половых органов, где имеются папулы размерами 3x3, 4x4 мм, сливающиеся в бляшки на коже поясницы, ягодиц, передней поверхности голеней, сгибательных поверхностей предплечий. Папулы и бляшки темно-красного цвета с синюшным оттенком, некоторые элементы имеют пупкообразное вдавление в центре, характерный блеск при боковом освещении, на поверхности папул после смазывания растительным маслом – сетка Уикхема. Феномен Кебнера положительный: имеется высыпание папул на местах расчесов в области ягодиц и на местах инъекций. Шелушение в области высыпаний не выражено. Субъективно: сильный зуд, лишающий сна. На слизистой щек по линии смыкания зубов имеются эрозии, вокруг которых на гиперемизированном отечном основании располагаются в виде рисунка мелкие беловато-серые папулы. Эрозии полигональной формы и неправильных очертаний, покрыты фибринозным налетом, малоблезненны.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Лечение?
4. Прогноз?

Эталонные ответы к задаче № 18

1. У больного: Распространенный красный плоский лишай с эрозивной формой поражения слизистой полости рта в сочетании с сахарным диабетом и гипертонической болезнью (Синдром Гриншпана).

2. У данного больного высыпания КПЛ следует дифференцировать с папулезным сифилидом. При сифилисе папулы имеют округлую форму, медно-красный цвет, шелушатся по периферии по типу воротничка Биетта, могут сопровождаться мокнутием, характерен полисклераденит и положительные КСР. Зуд не характерен. На слизистых сифилитические папулы крупные, округлой или овальной формы, поверхность их покрыта серовато-белым налетом, который снимается, на поверхности обнаруживаются бледные трепонемы, КСР положительный.

Высыпания на слизистой полости рта следует дифференцировать с лейкоплакией, при этом следует учитывать, что на слизистой щек имеется ороговение в виде сплошной

бляшки серовато-белого цвета, нет рисунчатого характера поражения, очаг имеет форму треугольника, вершиной обращенной вглубь рта, очаг имеет вид серовато-белой, как бы наклепленной пленки, которая не снимается. При кандидозе слизистой рта образуются очаги с белесоватым творожистым налетом, плотноватой, легко снимающейся пленкой, в которой микроскопически обнаруживаются скопления почкующихся дрожжевых клеток и нитей псевдомицелия.

Эрозивную форму КПЛ следует дифференцировать с эрозиями при пузырчатке. Положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках акантолитических клеток, а при КПЛ присутствие характерных папулезных элементов на слизистой полости рта и коже помогает в правильной диагностике.

Папулезные высыпания при псориазе - розово-красного цвета, сливаются в крупные бляшки, преимущественная локализация - на разгибательных поверхностях конечностей, покрыты серебристо-белыми чешуйками, положительна триада Ауспица, слизистые оболочки поражаются редко (у 2% больных).

3. У данного больного лечение следует начинать с обследования у эндокринолога, назначения противодиабетической диеты, и по рекомендации эндокринолога - одного из противодиабетических препаратов. Следует контролировать АД, применять гипотензивные средства. Проконсультировать больного у гастроэнтеролога, лечить патологию ЖКТ (фестал, метионин, липокаин, эссенциале) длительно.

Кортикостероиды данному больному противопоказаны (сахарный диабет, лишний вес). Показаны антигистаминные препараты, водорастворимый пенициллин (12 млн ЕД на курс). Физиотерапия противопоказана в связи с повышением АД. Наружно: кортикостероидные мази, взбалтываемые взвеси, 0,5% раствор ментола, на слизистую рта - желе солкосерила.

4. Данное заболевание имеет хронический характер и может продолжаться годами. У данного больного большое значение имеет лечение соматической патологии.

Задача № 19

Больной А., 20 лет, шофер. Обратился в поликлинику КВД с жалобами на наличие высыпаний на коже туловища, стоп и кистей. Болен в течение 1 месяца, через 2 недели после командировки появился зуд, усиливающийся ночью, заметил высыпания в межпальцевых складках кистей и на туловище. Не лечился. Живет один.

При осмотре: высыпания носят распространенный характер: на коже передне-боковых поверхностей туловища, ягодицах, бедрах имеются фолликулярные папулы, папуловезикулы, эскориации, покрытые геморрагическими корочками, геморрагические корочки имеются на разгибательных поверхностях локтевых суставов. На сгибательной поверхности лучезапястных суставов имеются «жемчужные везикулы» величиной с булавочную головку. На коже кистей, половых органов имеются слегка возвышающиеся над кожей линии грязно-серого цвета (ходы) с темной точкой на слепом конце («возвышение Базена»). При нанесении йода на «ход» становятся видны черноватые точки, расположенные на одинаковом расстоянии друг от друга. На мошонке и половом члене имеются инфильтрированные, сильно зудящие папулы диаметром 0,5 см красновато-коричневого цвета. Лицо и волосистая часть головы свободны от высыпаний.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие диагностические симптомы подтверждают диагноз?
3. Лабораторное подтверждение диагноза?
4. Назначьте лечение больному.
5. Какова методика текущей дезинфекции в очаге?

Эталонные ответы к задаче № 20

1. У больного чесотка.
2. Имеются чесоточные ходы (после обработки йодом выглядят в виде пунктирной линии), симптом Горчакова (геморрагические корочки на разгибательных поверхностях локтевых суставов), «жемчужные» везикулы в области запястий, скабиозные узелки на гениталиях, зуд, усиливающийся ночью, отсутствие высыпаний на лице и волосистой части головы.
3. Диагноз чесотки должен быть подтвержден нахождением чесоточного клеща в соскобах с чесоточных ходов после обработки их 40% раствором молочной кислоты.
4. В соответствии с приказом № 162 при лечении чесотки возможно применение 20% эмульсии бензил-бензоата в 1 и 4 дни лечения, в вечернее время после душа. Обязательна смена нательного и постельного белья при каждой обработке. Кроме того, возможно применение мифокса в течение 3-х дней, или спрегала однократно с экспозицией не менее 12 часов, серной мази 33% в течение 5 дней.
5. Нательное и постельное белье обеззараживается кипячением в 1-2% растворе соды или стирального порошка в течение 5-7 минут, верхнюю одежду можно прогладить утюгом. В скабиозориях нательное белье больных обрабатывается в дезокамере. Вещи, не подлежащие термической обработке, могут быть вывешены на открытый воздух на 3 дня. Для обработки вещей может быть использован спрей А-ПАР (перчатки, меха), возможно использование вещей через 2 часа после обработки.

Задача № 21

Военнослужащий 21 год получал триметоприм / сульфаметоксазол (ТМП/СМК) по поводу боли в горле. Через 2 суток после начала лечения появились красные блюдцеобразные высыпания на конечностях, далее начали появляться единичные везикулы, пузыри на губах и слизистой оболочке рта. Больной лечился ТМП/СМК 5 лет назад без побочных эффектов.

Физикальное обследование. На момент осмотра температура 39 С; пульс 120 /мин, ЧД 30/мин, АД 120/78 мм.рт.ст. Кожа: множество круглых красных пятен, напоминающих мишень. Центральная часть пятен цианотична, в центре некоторых элементов располагаются папулы и везикулы. Периферический ободок красного цвета. На губах – множественные везикулы и пузыри, на слизистой оболочке рта - эрозии, образовавшиеся при разрыве пузырей.

Дополнительные исследования: общий анализ крови, биохимические показатели функции печени и почек, обзорная рентгенография грудной клетки, общий анализ мочи - без патологии. Биопсия кожи: вакуолизация клеток базального слоя эпидермиса, фокусный некроз, некроз отдельных кератиноцитов, выраженный отек сосочкового слоя дермы, незначительная лимфогистиоцитарная инфильтрация дермы.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение целесообразно назначить?

Эталонные ответы к задаче № 21

1. Синдром Стивенса - Джонсона, вызванный приемом ТМП/СМК.

Синдром Стивенса – Джонсона характеризуется мишеневидными элементами, везикулами и пузырями. Характерно поражение слизистых оболочек. Возможна лихорадка. Часто наблюдают буллезную сыпь на губах и слизистой оболочке рта, как у нашего больного. Отслойка эпидермиса возникает на 10-20% поверхности тела (симптом Никольского положительный).

2. При синдроме Стивенса-Джонсона показана симптоматическая терапия. Проводят тщательную обработку пораженной кожи, инфузионную терапию, лечат инфекционные осложнения. Лечение лучше всего проводить в ожоговом отделении. Препараты, вызвавшие заболевание, немедленно отменяют. Не следует назначать препараты той же группы. В обсуждаемом случае было поражено 20% площади

поверхности тела, что послужило причиной госпитализации в ожоговое отделение. ТМП/СМК немедленно отменили. Активная инфузионная терапия и обработка пораженных участков кожи привели к выздоровлению с минимальным образованием рубцов.

**Примерные тестовые задания для проведения текущего контроля знаний
по «Производственной клинической практике №2»**

1. В эпидермисе различают следующие слои
 - а) базальный
 - б) шиповидный
 - в) ретикулярный
 - г) подкожно-жировой
 - д) межучочный

2. Дерма представлена
 - а) коллагеновыми волокнами
 - б) межучочным веществом
 - в) подкожно-жировой клетчаткой
 - г) роговым слоем
 - д) блестящим слоем

3. Особенности строения эпидермиса детской кожи
 - а) физиологический паракератоз
 - б) гиперкератоз
 - в) выражен зернистый и стекловидный слой
 - г) отсутствие зернистого слоя
 - д) в эпидермисе три слоя: базальный, шиповидный, роговой

4. Особенности строения дермы детской кожи
 - а) преобладание клеток в дерме
 - б) преобладание волокон в дерме
 - в) много тучных клеток в дерме
 - г) сглаженность границы с дермой

5. В слизистой оболочке рта различают структурные компоненты:
 - а) эпителий
 - б) роговой слой
 - в) собственный слой слизистой оболочки
 - г) подслизистая основа

6. Атопический дерматит (АД) характеризуется:
 - а) наследственной предрасположенностью
 - б) хроническим течением
 - в) поливалентной гиперчувствительностью
 - г) зудом
 - д) всем перечисленным

7. Различают следующие возрастные периоды АД
 - а) младенческий (до 2 лет)
 - б) подростковый и взрослый (от 13 лет и старше)
 - в) младший школьный (от 7 до 10 лет)
 - г) дошкольный (от 2 до 6 лет)
 - д) детский (от 2 до 13 лет)

8. В зависимости от степени тяжести АД различают
 - а) легкий АД
 - б) диффузный АД

- в) непрерывно рецидивирующий АД
- г) среднетяжелый АД
- д) тяжелый АД

9. Для младенческого АТ характерно

- а) экссудативные проявления
- б) лихенификация
- в) локализация на лице
- г) гиперпигментация локтевых сгибов
- д) инфильтрация кожи верхней половины туловища

10. К диагностическим критериям АД относятся

- а) симптом Дени-Моргана
- б) кожный зуд
- в) уртикарный дермографизм
- г) белый дермографизм
- д) эозинофилия в содержимом пузырей

11. Простой контактный дерматит вызывается следующими раздражителями

- а) тесной обувью
- б) высокой температурой
- в) тетрациклиновой мазью
- г) концентрированной кислотой
- д) кортикостероидной мазью

12. Возможные причины простых контактных дерматитов:

- а) трение, давление
- б) лучевые факторы
- в) прием внутрь лекарств
- г) иммуносупрессия
- д) моновалентная сенсibilизация к раздражителю

13. Основные клинические признаки простого контактного дерматита

- а) четкие границы очага поражения
- б) нечеткие границы очага поражения
- в) наличие аллергидов
- г) жалобы на боль и жжение
- д) жалобы на зуд

14. Отличительными особенностями аллергических контактных дерматитов являются:

- а) развиваются путем контактной сенсibilизации как реакция замедленного типа
- б) аллерген попадает в кожу гематогенно
- в) аллерген попадает в кожу извне
- г) высыпания выходят за границы контакта аллергена
- д) характерно наличие поливалентной сенсibilизации

15. Причинами, приводящими к возникновению аллергических дерматитов, могут быть:

- а) медикаменты внутривенного и парентерального применения
- б) медикаменты наружного применения
- в) продукты бытовой химии
- г) воздействие высоких температур
- д) трение, давление

16. При псориазе возможно поражение всего перечисленного, кроме

- а) кожи
- б) суставов
- в) слизистых оболочек
- г) волос
- д) ногтей

17. Большое значение в возникновении псориаза имеют все перечисленные факторы, кроме:

- а) стрепто-стафилококковой инфекции верхних дыхательных путей
- б) наследственной предрасположенности
- в) эндокринных нарушений
- г) нарушения центральной, периферической и вегетативной системы
- д) сифилиса у прародителей

18. Для прогрессирующей стадии псориаза характерны все перечисленные проявления, кроме

- а) феномена стеаринового пятна
- б) терминальной пленки
- в) точечного кровотечения
- г) феномена Кебнера
- д) появления вокруг элементов "псевдоатрофического" ободка Воронова

19. Различают все перечисленные клинические разновидности псориаза, кроме

- а) пустулезной
- б) артропатической
- в) экссудативной
- г) псориатической эритродермии
- д) дискоидной

20. Псориаз следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме

- а) сифилиса
- б) красного плоского лишая
- в) ревматоидного артрита
- г) себорейной экземы
- д) склеродермии

21. Красный плоский лишай (КПЛ) чаще встречается у

- а) женщин от 40 до 60 лет
- б) мужчин
- в) детей дошкольного возраста
- г) лиц пожилого возраста
- д) детей школьного возраста

22. Формы КПЛ полости рта:

- а) лихеноидная
- б) эрозивно-язвенная
- в) сквамозная

- г) дисгидротическая
- д) скутулярная

23. Дифференцировать КПЛ следует с

- а) пиодермией
- б) актиномикозом
- в) чесоткой
- г) экземой
- д) лейкоплакией

24. Гистопатология КПЛ

- а) акантолизис
- б) акантоз
- в) гранулез
- г) инфильтрат в подковной клетчатке
- д) папилломатоз

25. При лечении КПЛ полости рта следует назначать

- а) цинковую мазь
- б) мазь Вилькинсона
- в) настойку йода
- г) солкосерил
- д) йодно-бензойно-салициловый коллодий

26. Для стафилококковых пиодермитов характерно:

- а) связь с волосяными фолликулами
- б) связь с потовыми железами
- в) появление фликтены
- г) наличия беловато-розовых шелушащихся пятен
- д) правильно а), б)

27. При лечении фурункулов применяется все, кроме

- а) антибиотиков широкого спектра
- б) чистого ихтиола
- в) водных процедур
- г) сухого тепла
- д) УВЧ

28. Для эпидемической пузырчатки новорожденных характерно все, кроме

- а) начала в первые дни жизни ребенка
- б) нарушения общего состояния ребенка
- в) наличия сифилиса у матери
- г) появления пузырей с венчиком гиперемии
- д) заразительности для детей

29. Фурункул – это

- а) глубокая стрептококковая пустула
- б) фликтена
- в) воспаление волосяного фолликула и окружающих тканей
- г) поверхностная пустула
- д) воспаление волосяного фолликула

30. Гидраденит - это воспаление

- а) волосяного фолликула
- б) апокриновых потовых желез
- в) волосяного фолликула и окружающих тканей
- г) устья волосяного фолликула
- д) трубчатых потовых желез

31. Себорея это:

- а) гиперпродукция кожного сала с измененным химическим составом
- б) гиперпродукция кожного сала
- в) уменьшение образования липидов сальными железами
- г) уменьшение образования керамидов рогового слоя и липидов кожного сала
- д) все перечисленное верно

32. Различают все перечисленные формы себореи кроме:

- а) жидкой
- б) густой
- в) жирной
- г) асбестовидной
- д) смешанной

33. С себореей связаны следующие патологические состояния кожи

- а) узловато-кистозные угри
- б) появление комедонов
- в) сухость кожи
- г) гипергидроз
- д) все перечисленное

34. К гормонам, стимулирующим выделение кожного сала относятся все перечисленные, кроме

- а) гормонов коры надпочечников
- б) эстрогенов
- в) андрогенов
- г) прогестерона
- д) АКТГ

35. К гормонам, подавляющим салоотделение, относятся

- а) андрогены
- б) эстрогены
- в) прогестерон
- г) гормонов коры надпочечников

36. При чесотке сыпи чаще располагаются:

- а) в межпальцевых складках
- б) в области лучезапястных суставов
- в) на волосистой части головы у взрослых
- г) на ладонях и подошвах у взрослых
- д) верно а), б)

37. Для чесотки характерно наличие:

- а) фолликулярных папул, «жемчужных» везикул
- б) экскориаций

- в) чесоточных ходов
- г) верно все, кроме д)
- д) волдырей и пузырей

38. Для лечения чесотки применяется все перечисленное, кроме

- а) 20 % водно-мыльной эмульсии бензил-бензоата
- б) 33 % серной мази
- в) 2 % настойки йода
- г) 60 % раствор тиосульфата натрия
- д) 10 % серно-дегтярной мази

39. Лечение больного чесоткой предусматривает:

- а) применение бензил-бензоата 20%
- б) применение УФО
- в) назначение серной мази 33%
- г) исключение острой пищи
- д) все выше перечисленное

40. Укажите наиболее частое осложнение чесотки

- а) вторичная пиодермия
- б) сепсис
- в) рубцовая атрофия кожи
- г) флегмоны
- д) все вышеперечисленные

41. К группе вирусов герпеса относят все перечисленные вирусы, кроме

- а) ВПГ (вирус простого герпеса)
- б) вируса varicella-zoster
- в) вируса Эпштейна-Барр
- г) папилломатозного вируса
- д) цитомегаловируса

42. Контакт человека с ВПГ-1 происходит

- а) к 18 годам
- б) к 18 месяцу
- в) после полового созревания
- г) после 1 года жизни
- д) после 1 месяца жизни

43. Контакт человека с ВПГ-2 происходит

- а) после полового созревания
- б) при начале сексуальной активности
- в) в преклонном возрасте
- г) к 18 месяцу
- д) в период новорожденности

44. Рецидивам вирусной инфекции способствует все перечисленное, кроме

- а) переохлаждения
- б) перегревания
- в) простудных заболеваний
- г) соблюдения режима труда и отдыха
- д) стрессовых ситуаций

45. Излюбленной локализацией простого герпеса являются все перечисленные участки, кроме

- а) крыльев носа
- б) разгибательных поверхностей конечностей
- в) углов рта
- г) красной каймы губ
- д) половых органов

46. К провоцирующим факторам возникновения склеродермии относятся все перечисленные, кроме

- а) стрессов
- б) охлаждения
- в) нарушения липидного обмена
- г) острых и хронических инфекционных заболеваний
- д) инсоляции

47. В патогенезе склеродермии имеет значение все перечисленное, кроме

- а) функциональных нарушений фибробластов
- б) прогрессирующего фиброза кожи
- в) облитерирующего поражения артериол
- г) нуклеофагоцитоза в костном мозге
- д) изменения метаболизма коллагена

48. Различают все перечисленные формы склеродермии, кроме

- а) дискоидной
- б) системной
- в) линейной
- г) бляшечной
- д) болезни белых пятен

49. Различают следующие стадии бляшечной склеродермии, кроме

- а) уплотнения
- б) прогрессирующей
- в) воспалительного отека
- г) атрофии
- д) декомпенсаций

50. Клиническими проявлениями склеродермии является все перечисленное, кроме

- а) уплотнения кожи в очагах
- б) наличия лилово-розового бордюра по периферии очага
- в) псевдоатрофического ободка Воронова
- г) атрофии кожи в очагах
- д) потери волос в очагах

51. Различают все перечисленные клинические формы красной волчанки, кроме

- а) дискоидной
- б) инфильтративной
- в) диссеминированной
- г) глубокой
- д) поверхностной (центробежной эритемы)

52. Клиническая картина красной волчанки включает все перечисленные признаки, кроме
- а) телеангиоэктазий
 - б) отека и уплотнения кожи в очагах
 - в) эритемы
 - г) фолликулярного гиперкератоза
 - д) рубцовой атрофии
53. К факторам патогенеза при красной волчанке относятся все перечисленные, кроме
- а) образования циркулирующих антиядерных антител
 - б) повышенной потливости кожи
 - в) формирования циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)
 - г) отложения ЦИК в базальных мембранах
 - д) системного поражения соединительной ткани
54. Диагностическими признаками системной красной волчанки являются все перечисленные, кроме
- а) обнаружения LE-клеток в крови
 - б) симптома Бенье-Мещерского
 - в) симптома "дамского каблука"
 - г) симптома Горчакова-Арди
 - д) симптома Хачатуряна
55. Для поверхностной формы красной волчанки характерно все перечисленное, кроме наличия
- а) гиперкератоза в очагах
 - б) отечного эритематозного пятна
 - в) центробежного распространения очага
 - г) атрофии в очагах
 - д) верно а) и г)
56. Инкубационный период при сифилисе в среднем составляет
- а) 20-40 дней
 - б) 3-5 дней
 - в) 3 месяца
 - г) 1 день
 - д) 6 месяцев
57. Для неосложненного твердого шанкра характерно наличие
- а) болезненности
 - б) плотного инфильтрата в основании
 - в) гнойного отделяемого
 - г) склонности к аутоинокуляции
 - д) подрывных краев
58. Первичная сифилома может осложниться:
- а) фимозом
 - б) парафимозом
 - в) гангренизацией
 - г) фагеденизмом
 - д) все перечисленное верно

59. К атипичным твердым шанкрам относится все перечисленное, кроме
- а) шанкра-амигдалита
 - б) индуративного отека
 - в) шанкра-панариция
 - г) мягкого шанкра
60. Твердый шанкр дифференцируют со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
- а) шанкриформной пиодермии
 - б) простого герпеса
 - в) красного плоского лишая
 - г) мягкого шанкра
 - д) гуммозной язвы
61. Кем открыт возбудитель гонореи?
- а) Нейссером
 - б) Шаудиным
 - в) Гофманом
 - г) Петерсеном
 - д) Донне
62. Для реинфекции гонореи характерно все перечисленное, кроме:
- а) клинического выздоровления после лечения
 - б) отсутствие гонококков и нормализация количества лейкоцитов в мазках после лечения
 - в) указание на половые контакты с нелеченым и/или новым партнером
 - г) полноценного ранее проведенного лечения
 - д) сохранения клинических проявлений после лечения
63. Какие микроорганизмы длительное время могут персистировать в трихомонадах?
- а) бледная трепонема
 - б) гонококки
 - в) вирусы
 - г) хламидии
 - д) грибы рода Candida
64. Какими путями осуществляется инфицирование гонококками?
- а) половой
 - б) через предметы туалета, белье
 - в) при прохождении через родовые пути
 - г) занос руками в глаза
65. Для свежей гонореи характерно все перечисленное, кроме
- а) давности более 2 месяцев
 - б) острого течения
 - в) давности до 2 месяцев
 - г) торпидного течения
 - д) хронического течения
66. Инкубационный период при ВИЧ-инфекции составляет
- а) 3 – 4 недели
 - б) 7 дней
 - в) от 3 – 6 недель до 3 – 6 месяцев

- г) 1 год
- д) 1 месяц

67. Пути передачи ВИЧ-инфекции:

- а) половой
- б) контактно-бытовой
- в) через кровь
- г) воздушно-капельный
- д) вертикальный

68. Основными группами риска по ВИЧ/СПИД являются

- а) потребители инъекционных наркотиков
- б) работники коммерческого секса обоего пола
- в) спортсмены
- г) больные гемофилией
- д) гомосексуалисты

69. Опасная концентрация ВИЧ содержится в

- а) слюне
- б) моче, кале
- в) крови, грудном молоке
- г) семенной жидкости
- д) поте

70. Клинические прознаки СПИДа:

- а) саркома Капоши
- б) глубокие микозы
- в) вирусные инфекции
- г) ожирение
- д) генерализованный кандидоз

1-а,б; 2-а,б; 3-г,д; 4-а,в,г; 5-а,в,г; : 6-д; 7-а,б,д; 8-а,г,д; 9-а,в; 10-а,б,г;
11-а,б,г; 12-а,б; 13-а,г; 14-а,в,г; 15-б,в; 16-г; 17-д; 18-д; 19-д; 20-д; 21-а;
22-б; 23-д; 24-б, в, д; 25-г; 26-д; 27-в; 28-в; 29-в; 30-б; 31-а;
32-г; 33-а, б; 34-б; 35-б; 36-д; 37-г, б; 38-в; 39-а, в; 40-а; 41-г; 42-б;
43-а,б; 44-г; 45-б; 46-в; 47-г; 48-а; 49-б, д; 50-в; 51-б; 52-б;
53-б; 54-г; 55-д; 56-а; 57-б; 58-д; 59-г; 60-в; 61-а; 62-д; 63-б;
64-а,б,в,г; 65-а, д; 66-в; 67-а,в,д; 68-а,б,г,д; 69-в, г; 70-а,б,в,д;