

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ дерматовенерология и детская дерматовенерология
специальность 060103 «Педиатрия»**

Архангельск, 2014

Раздел 1. Общая дерматология.
Тема 1: Анатомия детской кожи.

Цель: знать строение кожи: эпидермиса, дермы, подкожно-жировой клетчатки.

Перечень понятий:

1. Строение эпидермиса.
2. Меланогенез.
3. Дерма и ее строение. Сетчатый слой. Сосочковый слой.
4. Подкожно-жировая клетчатка.
5. Придатки кожи (ногти, волосы, потовые и сальные железы).
6. Кровеносная и лимфатическая сети.
7. Иннервация кожи.
8. Строение детской кожи.

Вопросы к занятию:

1. Строение эпидермиса.
2. Строение дермы.
3. Строение подкожно-жировой клетчатки.
4. Структурные особенности детской кожи.

Вопросы для самоконтроля:

1. Слои эпидермиса и их строение.
2. Особенности строения кожи ладоней, подошв, лица, крупных складок.
3. Где вырабатывается и располагается пигмент меланин. Процесс меланогенеза. Какой еще можно встретить пигмент в коже при ее патологии.
4. Клеточный состав дермы.
5. Соединительная ткань дермы.
6. Кровоснабжение дермы и подкожно-жировой клетчатки.
7. Особенности кровоснабжения кожи ладоней и подошв.
8. Особенности трофики эпидермиса.
9. Придатки кожи.
10. Нервные рецепторы в коже (в эпидермисе, дерме, подкожной клетчатке).
11. Какие морфологические особенности строения эпидермиса у детей раннего возраста?
12. В чем отличие клеточного состава дермы у детей раннего и старшего детского возраста?

Основная литература:

1. Козорез Е.Е. Кожные и венерические заболевания(уч. пособие для студ.)М.Владос-пресс,2005.-173с.
2. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
3. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.
4. Хэбиф Томас.П. Кожные болезни: диагностика и лечение. М, Медпресс-информ, 2006.- 671с.

Дополнительная литература:

1. Адаскевич В.П. Неотложная дерматология (рук-во) М. «Триада-фарм»,2001.- 196с.
2. Ананьев О.Л. Кожные и венерические заболевания(справочник)М. Эксмо,2005.-605с.
3. Айзятупов Р.Ф. Клиническая дерматология. Донецк: Донеччина, 2002.-432с.
4. Виленчик Б.Т. Кожные и венерические болезни(уч. пособие). Ростов-н/Д, Феникс, 2002.-224с.

5. Дядькин В.Ю. Справочник по кожным и венерическим болезням для врачей общей практики. Казань, Медлитература, 2006.-319с.
6. Краснюк И.И. Лечебно-косметические средства. М. Academia, 2006.-236с.
7. Пальцев М.А., Потекаев Н.Н, Казанцева И.А., Кряжева С.С. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи. Рук-во для врачей. М.Медицина, 2005.- 428с.
8. Сан Элинон Е. Дерматология.(под ред. Потекаева Н.С.).М, Бином, Спб,2001.-271с.
9. Ужегов Г.Н. Болезни кожи. Профилактика и лечение. Ростов-н/Д, Феникс,2003.-384с.
10. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В., Белугина И.Н. Дерматологический справочник. Минск, Беларуская навука, 2001.- 734с.

Тема 2: Физиология детской кожи.

Цель: знать функции кожи.

Перечень понятий:

1. Проявления защитной, рецепторной, секреторной и резорбционной функций.
2. Участие кожи в обмене веществ (водном, солевом, белковом, углеводном, жировом, витаминном), газообмене.
3. Роль кожи в терморегуляции.
4. Кожа как иммунный орган.
5. Неразрывная и тесная связь анатомо-физиологических свойств кожи с состоянием организма в целом.
6. Влияние факторов внутренней и внешней среды на функциональное состояние кожи.

Вопросы к занятию:

1. Рецепторный аппарат кожи.
2. Основные физиологические функции кожи.
3. Связь кожи с ЦНС.
4. Связь кожи с эндокринными органами.
5. Связь кожи с внутренними органами.
6. Связь кожи с внешней средой.
7. Функциональные особенности кожи новорожденных.

Вопросы для самоконтроля:

1. Рецепторы эпидермиса и дермы.
2. Функции клеток Лангерганса.
3. Развитие иммунной реакции немедленного типа.
4. Развитие иммунной реакции замедленного типа.
5. Защита кожи от радиационных воздействий.
6. Участие кожи в терморегуляции.
7. В чем заключается резорбционная, секреторная, дыхательная и экскреторная функции кожи.
8. Зоны Захарьина-Геда. Висцеро-кутанные рефлекссы.
9. Функциональная активность апокриновых потовых желез в процессе становления организма.
10. В чем особенность в реактивности кожи у детей раннего возраста жизни?

Основная литература:

1. Козорез Е.Е. Кожные и венерические заболевания(уч. пособие для студ.)М.Владос-пресс,2005.-173с.
2. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.

3. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.
4. Хэбиф Томас.П. Кожные болезни: диагностика и лечение. М, Медпресс-информ, 2006.- 671с.

Дополнительная литература:

1. Адашкевич В.П. Неотложная дерматология (рук-во) М. «Триада-фарм»,2001.- 196с.
2. Ананьев О.Л. Кожные и венерические заболевания(справочник)М. Эксмо,2005.-605с.
3. Айзатулов Р.Ф. Клиническая дерматология. Донецк: Донеччина, 2002.-432с.
4. Виленчик Б.Т. Кожные и венерические болезни(уч. пособие). Ростов-н/Д, Феникс, 2002.-224с.
5. Дядькин В.Ю. Справочник по кожным и венерическим болезням для врачей общей практики. Казань, Медлитература, 2006.-319с.
6. Краснюк И.И. Лечебно-косметические средства. М. Academia, 2006.-236с.
7. Пальцев М.А., Потекаев Н.Н, Казанцева И.А., Кряжева С.С. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи. Рук-во для врачей. М.Медицина, 2005.- 428с.
8. Сан Элинон Е. Дерматология.(под ред. Потекаева Н.С.).М, Бином, Спб,2001.-271с.
9. Ужегов Г.Н. Болезни кожи. Профилактика и лечение. Ростов-н/Д, Феникс,2003.-384с.
10. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В., Белугина И.Н. Дерматологический справочник. Минск, Беларуская навука, 2001.- 734с.

Тема 3. Методика обследования кожного больного.

Цель: научиться методам клинического обследования дерматологического больного научиться описывать клиническую картину поражения кожи.

Перечень понятий:

1. Чувствительность и проницаемость кожи
2. Дермографизм
3. Мышечно-волосковый рефлекс
4. Фармакодинамические пробы
5. Пробы на гидрофильность
6. Симптом щипка и жгута
7. Йодная проба
8. Послойное поскабливание (граттаж)
9. Диаскопия
10. Проба с пуговчатым зондом
11. Дерматологические симптомы (симптом Бенъе-Мещерского, симптом Никольского)
12. Возрастная эволюция течения хронических дерматозов.

Вопросы к занятию:

1. Клиническая картина кожных заболеваний.
2. Специальные методы исследования в дерматологии.
3. Лабораторная диагностика (гистологическая, микробиологическая, биохимическая, иммунологическая).
4. Возрастная эволюция течения хронических дерматозов.

Вопросы для самоконтроля:

1. Как проводится дермографизм?
2. Виды дермографизма?
3. Причины низкой чувствительности кожи?
4. В чем физиологическая основа мышечно-волоскового рефлекса?

5. О чем указывает положительная йодная проба?
6. При наличии каких морфологических элементов проводятся граттаж, симптом Никольского, Мещерского-Бенье?
7. Значимость гистологического исследования в диагностике кожных заболеваний.
8. Методы иммунологического анализа. Показания к назначению.
9. Особенности проведения микробиологического и микологического методов исследования.
10. Каковы особенности проявлений дерматозов в зависимости от возраста?

Основная литература:

1. Козорез Е.Е. Кожные и венерические заболевания (уч. пособие для студ.) М. Владос-пресс, 2005.-173с.
2. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
3. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.
4. Хэбиф Томас.П. Кожные болезни: диагностика и лечение. М, Медпресс-информ, 2006.- 671с.

Дополнительная литература:

1. Адашкевич В.П. Неотложная дерматология (рук-во) М. «Триада-фарм», 2001.- 196с.
2. Ананьев О.Л. Кожные и венерические заболевания (справочник) М. Эксмо, 2005.-605с.
3. Айзятупов Р.Ф. Клиническая дерматология. Донецк: Донеччина, 2002.-432с.
4. Виленчик Б.Т. Кожные и венерические болезни (уч. пособие). Ростов-н/Д, Феникс, 2002.-224с.
5. Дядькин В.Ю. Справочник по кожным и венерическим болезням для врачей общей практики. Казань, Медлитература, 2006.-319с.
6. Краснюк И.И. Лечебно-косметические средства. М. Academia, 2006.-236с.
7. Пальцев М.А., Потееаев Н.Н, Казанцева И.А., Кряжева С.С. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи. Рук-во для врачей. М. Медицина, 2005.- 428с.
8. Сан Элинор Е. Дерматология. (под ред. Потееаева Н.С.). М, Бином, Спб, 2001.-271с.
9. Ужегов Г.Н. Болезни кожи. Профилактика и лечение. Ростов-н/Д, Феникс, 2003.-384с.
10. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В., Белугина И.Н. Дерматологический справочник. Минск, Беларуская навука, 2001.- 734с.

Тема 4: Клинический разбор первичных и вторичных элементов в динамике развития.

Цель: научиться определять морфологические элементы, знать их эволюцию.

Перечень понятий:

1. Клиника и морфология первичных элементов: пятно, узелок, бугорок, узел, пузырек, пузырь, гнойничок, волдырь.
2. Клиника и морфология вторичных элементов: эрозия, язва, трещина, рубец и рубцовая атрофия, чешуйка, корка, пигментация, вегетация и лихенификация.
3. Мономорфизм и полиморфизм высыпаний.
4. Возрастная эволюция морфологических элементов.

Вопросы к занятию:

1. Первичные морфологические элементы кожи. Их классификация, эволюция.

2. Вторичные морфологические элементы кожи. Их классификация, эволюция.

Вопросы для самоконтроля:

1. Бесполостные первичные элементы.
2. Разновидности пятен.
3. Виды папул в зависимости от их размеров.
4. Первичные элементы, в процессе эволюции которых возможно образование эрозий.
5. Какие первичные элементы склонны изъязвляться?
6. На месте каких первичных элементов формируются рубцы?
7. На какой глубине залегает клеточный инфильтрат узелка, бугорка, узла?
8. Полостные элементы.
9. Различие между пузырьком и пузырем.
10. Виды пустул, связанных с волосным фолликулом.
11. Волдырь: полостной или бесполостный элемент?
12. Эволюция эрозии и язвы.
13. Виды рубцов.
14. В чем заключается мономорфизм и полиморфизм высыпаний?

Основная литература:

1. Козорез Е.Е. Кожные и венерические заболевания(уч. пособие для студ.)М.Владос-пресс,2005.-173с.
2. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
3. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.
4. Хэбиф Томас.П. Кожные болезни: диагностика и лечение. М, Медпресс-информ, 2006.- 671с.

Дополнительная литература:

1. Адашкевич В.П. Неотложная дерматология (рук-во) М. «Триада-фарм»,2001.- 196с.
2. Ананьев О.Л. Кожные и венерические заболевания(справочник)М. Эксмо,2005.-605с.
3. Айзятупов Р.Ф. Клиническая дерматология. Донецк: Донеччина, 2002.-432с.
4. Виленчик Б.Т. Кожные и венерические болезни(уч. пособие). Ростов-н/Д, Феникс, 2002.-224с.
5. Дядькин В.Ю. Справочник по кожным и венерическим болезням для врачей общей практики. Казань, Медлитература, 2006.-319с.
6. Краснюк И.И. Лечебно-косметические средства. М. Academia, 2006.-236с.
7. Пальцев М.А., Потекаев Н.Н, Казанцева И.А., Кряжева С.С. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи. Рук-во для врачей. М.Медицина, 2005.- 428с.
8. Сан Элинон Е. Дерматология.(под ред. Потекаева Н.С.)М, Бином, Спб,2001.-271с.
9. Ужегов Г.Н. Болезни кожи. Профилактика и лечение. Ростов-н/Д, Феникс,2003.-384с.
10. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В., Белугина И.Н. Дерматологический справочник. Минск, Беларуская навука, 2001.- 734с.

Тема 5: Принципы общего и наружного лечения кожных больных. Физиотерапия. Курортное лечение.

Цель: знать принципы лечения кожных больных, уметь применять их в практической работе.

Перечень понятий:

1. Патогенетическое и симптоматическое лечение кожной патологии

2. Примочки, присыпки, кремы, мази, рассасывающие средства.
3. Противовоспалительные средства (кортикостероиды, НПВП)
4. Фармакодинамика и фармакокинетика антигистаминных и десенсибилизирующих средств

Вопросы к занятию:

1. Виды лечения (этиологическое, патогенетическое и симптоматическое).
2. Лекарственные формы, используемые в дерматологии.
3. Топические стероиды.
4. Системные кортикостероиды.
5. Антигистаминные препараты.
6. Десенсибилизирующие средства.
7. НПВП.
8. Седативные средства.
9. Витаминотерапия. Антиоксиданты.
10. Физиотерапия в дерматологии.
11. Диетотерапия.

Вопросы для самоконтроля:

1. Показания для применения примочек, присыпок, кремов, мазей?
2. В каких случаях следует применять рассасывающие средства?
3. Осложнения от системных кортикостероидов.
4. В чем отличия антигистаминных препаратов 1 и 2 поколения?
5. Какие десенсибилизирующие средства используются?
6. Показания к назначению электросна.
7. Механизм действия индуктотермии на поясничную область.
8. Что такое аглютиновая диета?
9. Какое поколение антигистаминных препаратов нельзя использовать детям до 2 лет?
10. Какие кортикостероидные мази можно использовать у детей раннего детского возраста?

Основная литература:

1. Козорез Е.Е. Кожные и венерические заболевания(уч. пособие для студ.)М.Владос-пресс,2005.-173с.
2. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
3. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.
4. Хэбиф Томас.П. Кожные болезни: диагностика и лечение. М, Медпресс-информ, 2006.- 671с.

Дополнительная литература:

1. Адаскевич В.П. Неотложная дерматология (рук-во) М. «Триада-фарм»,2001.- 196с.
2. Ананьев О.Л. Кожные и венерические заболевания(справочник)М. Эксмо,2005.-605с.
3. Айзятупов Р.Ф. Клиническая дерматология. Донецк: Донеччина, 2002.-432с.
4. Виленчик Б.Т. Кожные и венерические болезни(уч. пособие). Ростов-н/Д, Феникс, 2002.-224с.
5. Дядькин В.Ю. Справочник по кожным и венерическим болезням для врачей общей практики. Казань, Медлитература, 2006.-319с.
6. Краснюк И.И. Лечебно-косметические средства. М. Academia, 2006.-236с.
7. Пальцев М.А., Потееаев Н.Н, Казанцева И.А., Кряжева С.С. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи. Рук-во для врачей. М.Медицина, 2005.- 428с.
8. Сан Элинор Е. Дерматология.(под ред. Потееаева Н.С.)М, Бином, Спб,2001.-271с.

9. Ужегов Г.Н. Болезни кожи. Профилактика и лечение. Ростов-н/Д, Феникс, 2003.-384с.
10. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В., Белугина И.Н. Дерматологический справочник. Минск, Беларуская навука, 2001.- 734с.

Раздел 2. Неинфекционные болезни кожи.

Тема 1: Физиологические состояния и болезни кожи новорожденных.

Цель: изучить физиологические изменения кожи, пограничные и патологические состояния, наблюдаемые в период новорожденности; уметь диагностировать, проводить дифференциальный диагноз, назначить лечение.

Перечень понятий:

1. Физиологические, пограничные и патологические изменения кожи новорожденных.
2. Возрастная эволюция дерматозов

Вопросы к занятию:

1. Физиологические изменения кожи в период новорожденности.
2. Пограничные изменения кожи новорожденных.
3. Болезни кожи новорожденных.

Вопросы для самоконтроля:

1. В чем отличие склеремы от склереды?
2. Какие физиологические изменения кожи наблюдаются у новорожденных?
3. При токсической эритеме с какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. С чем связывают возникновение преходящих отеков у новорожденных?

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.-335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. СПб, «Элви» 2002.- 313с.
4. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.-543с.

Дополнительная литература:

1. Банченко Г.В., Кряжева С.С. Сочетанные поражения слизистой полости рта и кожи: Атлас. М. «Партнер», 1994.-154с.
2. Беляев Г.М. Псориаз. Псориатическая артропатия. М. Медпресс-информ, 2005.-266с.
3. Главинская Г.А. Лечение и профилактика красной волчанки и склеродермии. НГМА, 2000.-23с
4. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. Кубановой А.А. М. ДЭКС-Пресс, 2007.-300с.
5. Кусов В.В. Справочник дерматолога. М. Бином, 2006.-400с.
6. Иванов О.А., Кряжева С.С., Молочков В.А. . Кожные и венерические болезни. Крат. справочник. М «Рус.врач.», 1998.- 96с.

7. Малдрои М. Секреты дерматологии. Под ред. Дж.Е. Фитцпатрика, Дж. Л. Эллинга, Спб, 1999
8. Родионов А.Н. Справочник по кожным и венерическим заболеваниям. Спб. Н-Новгород, Питер, 2005.-460с.
9. Самцов А.В. Основы дерматовенерологии в вопросах и ответах (Рук-во для врачей). Спб. СпецЛит, 2000.-391с.
10. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В., Белугина И.Н. Дерматологический справочник. Минск, Беларуская навука, 2001.- 734с.

Тема 2: Генодерматозы: кератодермии, хтиоз, буллезный эпидермолиз, энтеропатический акродерматит.

Цель: Уметь диагностировать различные виды генодерматозов, назначать лечение.

Перечень понятий:

1. Клинические варианты ихтиозоформных дерматозов.
2. Разновидности кератодермий.
3. Проявления буллезного эпидермолиза.
4. Особенности проявлений энтеропатического акродерматита.

Вопросы к занятию:

1. Ихтиозоформные дерматозы.
2. Аплазии кожи.

Вопросы для самоконтроля:

1. Проведите дифференциальный диагноз между разновидностями ихтиозов: аутосомно-доминантным и сцепленным с полом?
2. В чем проявляется врожденный ихтиоз?
3. Какое лечение необходимо назначить при пластинчатом ихтиозе?

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.-335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
4. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.-543с.

Дополнительная литература:

1. Банченко Г.В., Кряжева С.С. Сочетанные поражения слизистой полости рта и кожи: Атлас. М. «Партнер», 1994.-154с.
2. Беляев Г.М. Псориаз. Псориатическая артропатия. М. Медпресс-информ, 2005.-266с.
3. Главинская Г.А. Лечение и профилактика красной волчанки и склеродермии. НГМА, 2000.-23с
4. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. Кубановой А.А. М. ДЭКС-Пресс, 2007.-300с.
5. Кусов В.В. Справочник дерматолога. М. Бином, 2006.-400с.

6. Иванов О.А., Кряжева С.С., Молочков В.А. . Кожные и венерические болезни. Крат. справочник. М «Рус.врач.», 1998.- 96с.
7. Малдрои М.Секреты дерматологии. Под ред. Дж.Е. Фитцпатрика, Дж. Л. Эллинга, Спб,1999
8. Родионов А.Н. Справочник по кожным и венерическим заболеваниям. Спб. Н-Новгород, Питер,2005.-460с.
9. Самцов А.В. Основы дерматовенерологии в вопросах и ответах(Рук-во для врачей). Спб. СпецЛит,2000.-391с.
10. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В., Белугина И.Н. Дерматологический справочник. Минск, Беларуская навука, 2001.- 734с.

Тема 3: Дерматиты. Токсикодермии. Экзема. Атопический дерматит. Крапивница.

Цель: изучить патогенетические основы развития аллергодерматозов, знать их классификацию, уметь диагностировать, проводить дифференциальный диагноз и лечить аллергодерматозы, проводить рациональную профилактику.

Перечень понятий:

1. Патогенез аллергодерматозов.
2. Клиническое течение аллергодерматозов.
3. Клинические формы аллергодерматозов.
4. Дифференциальный диагноз аллергодерматозов.
5. Лечение аллергодерматозов в зависимости от стадии заболевания.

Вопросы к занятию:

1. Дерматиты (простые и аллергические)
2. Токсидермии
3. Экзема
4. Атопический дерматит
5. Крапивница
6. Потница и опрелость у детей.
7. Себорейный дерматит.

Вопросы для самоконтроля:

1. Классификация дерматитов.
2. Каковы стадии простого дерматита.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать контактный аллергодерматит?
4. В чем отличие токсидермии от контактного аллергодерматита?
5. Какова локализационная триада при фиксированной токсидермии?
6. Что такое синдром Лайелла?
7. Патогенез пищевой токсидермии.
8. Связь экземы с патологией внутренних органов.
9. Классификация экземы по клиническому течению.
10. Классификация экземы по стадиям.
11. Каковы клинические формы экземы.
12. Основные клинические признаки хронической экземы.
13. Каковы особенности лечения экземы в мокнущую стадию.
14. Профилактика экземы на производстве и в быту.

15. Классификация триггерных факторов, имеющих значение в патогенезе атопического дерматита.
16. Роль вегетативной нервной системы в развитии атопического дерматита.
17. Значение патологии желудочно-кишечного тракта в патогенезе атопического дерматита.
18. Клиническая классификация атопического дерматита.
19. Особенности лечения атопического дерматита в зависимости от фазы заболевания.
20. В чем состоит патогенез крапивницы?
21. Формы крапивницы.
22. Лечение крапивницы в зависимости от ее форм.
23. Осложнения потницы?
24. Что способствует образованию опрелостей?
25. В какие возрастные периоды можно наблюдать себорейный дерматит?

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больная, 20 лет, две недели назад обожгла область предплечья кипятком. Лечилась у хирурга. Неделю назад вокруг ожоговой поверхности появилось воспаление кожи, а затем процесс распространился на туловище. При поступлении в стационар беспокоил сильный зуд. Общее состояние удовлетворительное. Объективно: в области правого предплечья очаг с резкими границами, округлой формы, кожа в очаге гиперемирована, отечна, на этом фоне мелкие пузырьки, гнойнички, эрозии, выделяющие капельками серозный экссудат, часть эрозий покрыта гнойными корками. По периферии рассеяны остеофолликулиты и единичные фликтены. На туловище разбросаны множественные монетовидные очаги овальной формы, с четкими границами, кожа в них гиперемирована, покрыта серозно-гнойными влажными корками.

1. Причина заболевания.
2. Ваш диагноз
3. Необходимое общее лечение.
4. Местное лечение, показанное при поступлении. Дальнейшее поэтапное лечение.

Задача 2. Больная в течение года работает врачом-стоматологом. Лечилась амбулаторно. Под влиянием лечения воспалительный процесс стихает, но полностью не разрешается, остается уплотнение кожи, синюшная окраска. Неделю назад наступило резкое обострение процесса, усилился зуд, и больную направили на стационарное лечение. При осмотре: кожа кистей, предплечий синюшно-красного цвета, уплотнена, на тыле кистей окраска более яркая, незначительный отек. На этом фоне имеются микровезикулы, микроэрозии и обильное капельное мокнутие.

1. Возможные причины заболевания.
2. Развернутый клин. диагноз.
3. Общее и местное лечение в данное время и после стихания процесса.

Задача 3. Больная 30-ти лет работает кассиром. Заболела остро 3 дня назад после стирки белья со стиральным порошком. Беспокоит жжение кожи и зуд. Легко возбудима, плаксива, плохо спит. При осмотре: в области кистей и предплечий имеются очаги эритемы без четких границ, кожа отечна. На этом фоне имеются микровезикулы, мелкие точечные эрозии, обильное капельное мокнутие.

1. Ваш диагноз.
2. Факторы, сыгравшие роль в возникновении заболевания.
3. Особенности симптоматики заболевания.
4. Чем обусловлено капельное мокнутие?
5. Лечение, показанное в данное время и рекомендуемое в дальнейшем.

Задача 4. Обратилась больная 15 лет с жалобами на распространенный зуд кожи. Школьница. Болеет 3 года. Заболевание обостряется преимущественно в холодное время года. Летом чувствует себя хорошо. Выяснилось, что в раннем детстве болела экземой. Имеется аллергическая непереносимость яиц и цитрусовых. Поражение кожи распространенное, симметричное. Кожа шеи, локтевых сгибов, лучезапястных суставов, тыла кистей, подколенных ямок покрасневшая с массой белых блестящих узелков. В центре очагов кожа уплотнена, с усиленным кожным рисунком, собирается в утолщенную складку. На поверхности очагов кожа слегка шелушится, а главное – покрыта массой глубоких расчесов, частью инфицированных. В очагах по ходу естественных складок имеются болезненные трещины. Кожа красной каймы губ бледная из-за утолщенного эпидермиса, сухая, с массой мелких трещин и слегка утолщена за счет инфильтрации. Ногти рук блестят, как бы отполированные, свободный край их сточен. Дермографизм стойкий, белый. Больная легко возбудима, плохо спит из-за зуда.

1. Исследования, необходимые больной.
2. Ваш диагноз.
3. Рекомендации в лечении.

Задача 5. Больная 40 лет жалуется на зуд и высыпания на задней поверхности шеи. Болеет 9 месяцев. На задней поверхности шеи, распространяясь на кожу затылка, имеется овальной формы с четкими границами очаг инфильтрированной кожи. На поверхности очага лихенификация, небольшое шелушение и кровянистые корочки от расчесов. Регионарные лимфоузлы увеличены до размеров фасоли, безболезненные. Во рту много кариозных зубов. Миндалины гипертрофированы с гнойными пробками.

1. Ваш диагноз.
2. Ваши рекомендации.
3. Назначения больной.

Задача 6. Больной 22-х лет, студент. Проснулся утром с сильным зудом кожи. На коже туловища и конечностей обильная сыпь из волдырей. Веки левого глаза сильно отеки. Кожа век розовая. Глазная щель сужена. Температура 37,7°C. Дермографизм стойкий, красный.

1. Ваш диагноз.
2. Сведения, которые надо уточнить у больного в анамнезе.
3. Ваши назначения и советы больному.

Ответы.

Задача 1. Сенсибилизация к пиококкам и их токсинам.

1. Острая микробная экзема.
2. Препараты кальция, гипосульфит натрия. Антигистаминные, антибиотики.
3. Примочки, водные р-ры красок. Противовоспалительные пасты с АСД, ихтиолом, нафталаном, кортикостероидные мази с антибиотиками.

Задача 2. Новокаин, пластмассы, антибиотики, моющие средства.

1. Обострение хронической экземы кистей.
2. Гипосенсибилизирующая терапия. Седативная терапия. Примочки, противовоспалительные пасты. После снятия обострения – витамины В1, В6, рассасывающие мази с ихтиолом, нафталаном, АСД. Парафинотерапия. Курортное лечение.

Задача 3. Острая истинная экзема.

1. Хим. вещества, медикаменты, пищевые продукты, косметические средства. Заболевание развивается в результате комплексного воздействия нейроаллергических, эндокринных, обменных и экзогенных факторов.
2. Острое начало, рецидивирующее течение, симметричность высыпаний, полиморфизм сыпи, склонность к иррадиации.
3. Очаговым спонгиозом.
4. Десенсибилизирующее лечение. Седативные средства. Аскорбиновая кислота. Мочегонные. Охлаждающие примочки, затем противовоспалительные пасты, стероидные мази. Санаторно-курортное лечение.

Задача 4. Морфология крови, аллергические тесты.

1. Диффузный нейродермит.
2. Десенсибилизирующие, седативные препараты, витамины. Наружно: противозудные, дезинфицирующие, рассасывающие средства. Физиотерапия, курорты.

Задача 5. Ограниченный нейродермит.

1. Консультация лор и стоматолога.
2. Десенсибилизирующие, седативные препараты, витамины. Противозудные и рассасывающие средства. Физиолечение.

Задача 6. Острая крапивница с отеком Квинке.

1. Что ел больной накануне, принимал ли какие лекарства, с какими необычными хим. ингредиентами контактировал.
2. Слабительное, десенсибилизирующие препараты, диета. Спирты, болтушки, примочки.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.-335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
4. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.-543с.

Дополнительная литература:

1. Банченко Г.В., Кряжева С.С. Сочетанные поражения слизистой полости рта и кожи: Атлас. М. «Партнер», 1994.-154с.
- 2.Беляев Г.М. Псориаз. Псориатическая артропатия. М. Медпресс-информ,2005.-266с.
3. Главинская Г.А. Лечение и профилактика красной волчанки и склеродермии. НГМА,2000.-23с
4. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. Кубановой А.А. М.ДЭКС-Пресс, 2007.-300с.
5. Кусов В.В. Справочник дерматолога. М.Бином,2006.-400с.
6. Иванов О.А., Кряжева С.С., Молочков В.А. . Кожные и венерические болезни. Крат. справочник. М «Рус.врач.», 1998.- 96с.
7. Малдрои М.Секреты дерматологии. Под ред. Дж.Е. Фитцпатрика, Дж. Л. Эллинга, Спб,1999
8. Родионов А.Н. Справочник по кожным и венерическим заболеваниям. Спб. Н-Новгород, Питер,2005.-460с.
9. Самцов А.В. Основы дерматовенерологии в вопросах и ответах(Рук-во для врачей). Спб. СпецЛит,2000.-391с.

10. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В., Белугина И.Н. Дерматологический справочник. Минск, Беларуская навука, 2001.- 734с.

Тема 4: Почесуха.

Цель: познакомиться с современными взглядами на этиологию и патогенез зудящих дерматозов, знать их клинику, дифференциальную диагностику, современные методы лечения и профилактики.

Перечень понятий:

1. Основы патогенеза зудящих дерматозов
2. Лечение зудящих дерматозов в зависимости от причинного фактора

Вопросы к занятию:

1. Кожный зуд
2. Почесуха

Вопросы для самоконтроля:

1. Причины кожного зуда.
2. Симптомом каких серьезных общих заболеваний может быть кожный зуд?
3. При каком состоянии кожных покровов следует ставить диагноз «кожный зуд»?
4. Патогенез почесухи.
5. Клиника почесухи у детей.
6. Какой патогномичный признак в клинической картине указывает на наличие почесухи?
7. Объем обследования при почесухе?

Ситуационные задачи:

Задача 1. На амбулаторный прием обратилась женщина 72 лет с жалобами на сильный зуд кожи, которым страдает около 7 месяцев. Зуд почти постоянный, но значительно усиливается после психических волнений. Вначале зуд держался на коже живота и бедрах, а теперь беспокоит по всей поверхности кожи. В анамнезе: гипоацидный гастрит, хронический холецистит, запоры. Живет в благоустроенной квартире. Другие члены семьи здоровы. На коже масса расчесов в виде линейных геморрагических корочек и свежих ссадин. Пигментация от бывших расчесов. Других высыпаний нет. Ногти блестят, как бы отполированы, свободный край их сточен. Дермографизм – красный.

1. Какие заболевания внутренних органов возможны при такой патологии кожи?
2. Необходимые лаб. исследования.
3. Ваш диагноз.
4. Ваши рекомендации и назначения больной.

Задача 2. Мужчина 47 лет жалуется на мучительный зуд заднего прохода. Болен около года. При осмотре: в области складок ануса масса свежих ссадин от расчесов. Другие изменения кожи отсутствуют.

1. Ваш диагноз.
2. Заболевания, которые могут быть причиной зуда.
3. Ваши рекомендации и лечебные назначения больному.

Задача 3. На прием обратилась мать с годовалым ребенком и разъяснила. Ребенок болен около месяца. На коже появилась сыпь с сильным зудом. Ребенок плохо спит, стал капризным. На лице, голове, спине, ягодицах и разгибательных поверхностях рук и ног

сыпь из рассеянных розово-красных узелков, величиной с чечевицу, на поверхностях которых маленькие пузырьки или геморрагические корочки. Кое-где встречаются отдельные волдыри. Дермографизм красный.

1. Ваш диагноз.
2. Анамнестические данные, которые надо выяснить у матери.
3. На что надо обратить внимание при обследовании ребенка?
4. Ваши рекомендации и назначения в лечении больного.

Ответы.

Задача 1. Заболевания печени, почек, ЖКТ, глистные инвазии, диабет, злокачественные новообразования (рак), лейкоз, климакс.

1. Морфология крови, сахар, билирубин, остаточный азот в крови, анализ кала и др.
2. Универсальный кожный зуд.
3. Лечение основного внутреннего заболевания. Десенсибилизирующие, седативные препараты, витамины. Некоторым больным кортикостероидные гормоны внутрь. Наружно: противозудные и дезинфицирующие средства.

Задача 2. Локализованный зуд кожи.

1. Геморрой, запоры, проктит, простатит, везикулит, трихомоноз мочеполовых органов, сексуальный невроз, энтеробиоз.
2. Гигиена области заднего прохода. Лечение основного заболевания. Десенсибилизирующие, седативные препараты, витамины. Наружно: противозудные и дезинфицирующие средства.

Задача 3. Детская почесуха.

1. Наличие пищевой или лекарственной аллергии у ребенка.
2. Имеются ли очаги фокальной инфекции (отиты, тонзиллиты и др.), гельминтозы.
3. Диета, антигистаминные препараты и препараты кальция. Рассасывающие, седативные и противозудные мази и пасты. Кортикостероидные мази. Лечебные ванны, УФО.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.-335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
4. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.-543с.

Дополнительная литература:

1. Банченко Г.В., Кряжева С.С. Сочетанные поражения слизистой полости рта и кожи: Атлас. М. «Партнер», 1994.-154с.
- 2.Беляев Г.М. Псориаз. Псориатическая артропатия. М. Медпресс-информ,2005.-266с.
3. Главинская Г.А. Лечение и профилактика красной волчанки и склеродермии. НГМА,2000.-23с
4. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. Кубановой А.А. М.ДЭКС-Пресс, 2007.-300с.
5. Кусов В.В. Справочник дерматолога. М.Бином,2006.-400с.
6. Иванов О.А., Кряжева С.С., Молочков В.А. . Кожные и венерические болезни. Крат. справочник. М «Рус.врач.», 1998.- 96с.
7. Малдрои М.Секреты дерматологии. Под ред. Дж.Е. Фитцпатрика, Дж. Л. Эллинга, Спб,1999

8. Родионов А.Н. Справочник по кожным и венерическим заболеваниям. Спб. Н-Новгород, Питер, 2005.-460с.
9. Самцов А.В. Основы дерматовенерологии в вопросах и ответах(Рук-во для врачей). Спб. СпецЛит, 2000.-391с.
10. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В., Белугина И.Н. Дерматологический справочник. Минск, Беларуская навука, 2001.- 734с.

Тема 5: Псориаз.

Цель: познакомиться с патогенезом, клиникой, течением, дифференциальным диагнозом лечением псориаза.

Перечень понятий:

1. В основе патогенеза псориаза лежит усиленная пролиферация кератиноцитов.
2. Псориаз является системным заболеванием.
3. Заболевание носит системный характер.
4. Псориаз носит стадийный характер.

Вопросы к занятию:

1. Патогенез, клиника, клинические формы и лечение псориаза.
2. Проявления псориаза у детей. Возрастная эволюция псориаза.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какова заболеваемость псориазом?
2. Современные взгляды на этиологию и патогенез псориаза.
3. Течение псориаза (распространенность, сезонность, рецидивы).
4. Клиническая картина стадий псориаза.
5. Диагностика псориаза (триада симптомов).
6. Клинические формы псориаза.
7. Дифференциальный диагноз псориаза.
8. Лечение псориаза в прогрессирующей, стационарной и регрессивной стадиях.
9. Применение рефлекс-, ПУВА-терапии, гемосорбции, плазмафереза в лечении псориаза.
10. Какая клиническая форма псориаза характерна у детей младшего возраст?
11. Какова возрастная эволюция псориаза?

Ситуационные задачи:

Задача 1. В стационар поступил больной 25 лет с жалобами на высыпания на руках, ногах, туловище. Болен 5 лет. Заболевание обостряется осенью и весной. Последнее обострение возникло месяц назад после психо-эмоциональной нагрузки.

На коже в/ч головы, туловища, разгибательных поверхностях рук, ног милиарные, лентикулярные, монетовидные папулы розово-красного цвета. На папулах чешуйки располагаются в центре, по их периферии виден красный ободок. На коленях и локтях бляшки. На месте эритемы от УФО свежие точечные узелковые высыпания.

1. Какие дополнительные феномены надо получить для уточнения диагноза?
2. Ваш диагноз.
3. Какая стадия болезни?
4. Лечение.

Задача 2. На амбулаторный прием обратилась больная 18 лет, которая жаловалась на покраснение всего кожного покрова. Болеет с 3-х лет. Обострение заболевания ежегодно, преимущественно осенью и весной. Обострение возникло 4 дня назад. Без назначения

врача больная смазала кожу 10%-ной серно-дегтярной мазью, после чего покраснела кожа лица, туловища, шеи, конечностей. Родители болеют этой же болезнью.

При осмотре у больной весь кожный покров ярко-красного цвета с отеком и инфильтрацией кожи лица, шеи, туловища. На разгибательных поверхностях конечностей лентиккулярные папулы и бляшки, покрытые серебристо-белыми чешуйками. При поскабливании папулы получены феномены стеаринового пятна, терминальной пленки, точечного кровотечения.

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые лабораторные исследования.
3. Рекомендации в лечении.

Задача 3. В конце октября к дерматологу обратился больной 16 лет с жалобами на зуд кожи и распространенные высыпания. Школьник. Болеет с 6 лет. Заболевание обостряется весной, осенью, проходит летом.

Кожный процесс распространенный с преимущественной локализацией на разгибательных поверхностях конечностей, в/ч головы, животе, спине. В этих местах обильная яркая папулезная сыпь красного цвета, сочная, сливающаяся, покрытая чешуеко-корками, серозными корками. В области голеней папулы с мокнутием и отечностью. Поражены паховые, подмышечные, межъягодичные складки. Здесь видны экссудативные бляшки с резкими границами красного цвета, незначительным шелушением.

1. Ваш диагноз.
2. Как подтвердить диагноз?
3. Какие клинические формы заболевания?
4. Ваши рекомендации в лечении.

Ответы

Задача 1. Псориатическая триада (феномены стеаринового пятна, терминальной пленки, точечного кровотечения).

1. Псориаз.
2. Прогрессивная стадия.
3. Десенсибилизирующие препараты, седативные. Витамины (А, С, комплекса В, никотиновая кислота). Наружно: 2%-ная салициловая мазь или кортикостероидные мази, затем рассасывающие средства.

Задача 2. Псориатическая эритродермия.

1. Морфология крови, анализ мочи.
2. Кортикостероидные гормоны внутрь. Десенсибилизирующие препараты, седативные. Витамины (А, С). Наружно: противозудные, дезинфицирующие, затем рассасывающие средства.

Задача 3. При поскабливании папулы получить псориатическую триаду.

1. Псориаз.
2. Экссудативный, перевернутый псориаз.
3. Десенсибилизирующие препараты, седативные. Витамины. Наружно: противозудные, дезинфицирующие, затем рассасывающие средства.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.-335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.

4. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.-543с.

Дополнительная литература:

1. Банченко Г.В., Кряжева С.С. Сочетанные поражения слизистой полости рта и кожи: Атлас. М. «Партнер», 1994.-154с.
2. Беляев Г.М. Псориаз. Псориатическая артропатия. М. Медпресс-информ, 2005.-266с.
3. Главинская Г.А. Лечение и профилактика красной волчанки и склеродермии. НГМА, 2000.-23с
4. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. Кубановой А.А. М. ДЭКС-Пресс, 2007.-300с.
5. Кусов В.В. Справочник дерматолога. М. Бином, 2006.-400с.
6. Иванов О.А., Кряжева С.С., Молочков В.А. . Кожные и венерические болезни. Крат. справочник. М «Рус.врач.», 1998.- 96с.
7. Малдрои М. Секреты дерматологии. Под ред. Дж.Е. Фитцпатрика, Дж. Л. Эллинга, Спб, 1999
8. Родионов А.Н. Справочник по кожным и венерическим заболеваниям. Спб. Н-Новгород, Питер, 2005.-460с.
9. Самцов А.В. Основы дерматовенерологии в вопросах и ответах (Рук-во для врачей). Спб. СпецЛит, 2000.-391с.
10. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В., Белугина И.Н. Дерматологический справочник. Минск, Беларуская навука, 2001.- 734с.

Тема 6: Красный плоский лишай (КПЛ).

Цель: изучить течение, клинику, дифференциальный диагноз, лечение КПЛ. Познакомиться с этиологией и патогенезом.

Перечень понятий:

1. КПЛ - заболевание с неясным этиопатогенезом.
2. В основе КПЛ лежит гипергранулез.
3. КПЛ может проявляться как паранеопластический синдром

Вопросы к занятию:

1. Патогенез КПЛ.
2. Клиническая картина заболевания.
3. Клинические формы КПЛ.
4. Лечение КПЛ.

Вопросы для самоконтроля:

1. Этиология КПЛ.
2. Течение заболевания.
3. Особенности клиники КПЛ.
4. Клинические формы КПЛ.
5. Поражение слизистых (типичная и атипичная формы).
6. Лечение КПЛ.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Мужчина 35 лет обратился с жалобами на сильный зуд, высыпания на коже. Заболел 10 дней назад после психической травмы. В семье жена и 2 сыновей здоровы.

Живет в благоустроенной квартире, насекомых нет. Больной нервничает, легко возбудим, нарушен сон. Зуд беспокоит днем и ночью.

На коже внутренних поверхностей предплечий, бедер, в области лучезапястных суставов, пояснице, разгибательной поверхности голени имеются плоские полигональные лентикулярные папулы синюшно-фиолетового цвета с блестящей поверхностью, с пупкообразным вдавлением в центре, сеткой Уикхема. На слизистой щек серовато-опаловые папулы в виде сетки.

1. Ваш диагноз.
2. Укажите разновидности заболевания.
3. Ваши рекомендации и лечение больного.

Ответы

Задача 1. КПЛ.

1. Бородавчатая форма, атрофическая, кольцевидная, линейная.
Десенсибилизирующие препараты, седативные. Витамины. Физиолечение. Наружно: противозудные, дезинфицирующие, затем рассасывающие средства.

Тема 7: Склеродермия.

Цель: познакомиться с современными взглядами на этиологию и патогенез склеродермии. Изучить клиническую картину, течение заболевания и освоить методы лечения его.

Перечень понятий:

1. Склеродермия - хроническое системное заболевание.

Вопросы к занятию:

1. Патогенез склеродермии.
2. Клиническая картина заболевания.
3. Клинические формы склеродермии.
4. Лечение склеродермии.

Вопросы для самоконтроля:.

1. Классификация склеродермии.
2. Клиника бляшечной склеродермии.
3. Клиническая картина системной склеродермии.
4. Современные методы лечения больных ограниченной склеродермией

Тема 8: Пузырные дерматозы (истинная пузырчатка, герпетиформный дерматит Дюринга).

Цель: уметь диагностировать и лечить вульгарную пузырчатку и герпетиформный дерматит Дюринга по рекомендации дерматолога. Знать основные принципы диспансеризации этих больных.

Перечень понятий:

1. Пузырные дерматозы характеризуются хроническим рецидивирующим течением
2. Необходимо диспансерное наблюдение за больными с пузырными дерматозами
3. Профилактика осложнений кортикостероидной терапии

Вопросы к занятию:

1. Пузырчатка, ее клинические формы

2. Системная кортикостероидная терапия, ее осложнения
3. Герпетиформный дерматит Дюринга

Вопросы для самоконтроля:

1. Современные взгляды на этиологию и патогенез вульгарной пузырчатки и герпетиформного дерматита Дюринга.
2. Клиника пузырных дерматозов.
3. Клинические формы пузырчатки, особенности течения каждой из форм.
4. Основные диагностические методы при пузырных дерматозах.
5. Дифференциальная диагностика пузырных дерматозов.
6. Лечение и принципы диспансерного наблюдения больных пузырчатыми дерматозами.

Ситуационные задачи:

Задача 1. В клинику поступила женщина 52 лет с жалобами на повышенную ранимость эпидермиса, высыпания пузырей в области груди, спины. Из анамнеза выяснили, что больна около 4-х месяцев. Вначале появились изолированные пузыри на слизистой щек, которые быстро вскрывались, образуя эрозии. Лечилась у стоматолога по ПМЖ, но лечение успеха не дало. Затем обратилась к дерматологу. При осмотре: на коже туловища множество беспорядочно расположенных пузырей. Пузыри дряблые, с серозным содержимым, вокруг них краснота отсутствует. Местами на месте вскрывшихся пузырей видны эрозии ярко-красного цвета. На слизистой щек и твердого неба единичные эрозии.

1. Необходимые дополнительные исследования.
2. Ваш диагноз.
3. Ваши рекомендации по лечению больного.

Задача 2. Больной 28 лет жалуется на сильный зуд и высыпания пузырей на спине, груди и разгибательных поверхностях конечностей. Из анамнеза выяснено, что болен около 2-х лет, процесс сопровождается сильным зудом. Отмечает лишь кратковременные ремиссии, но полностью сыпь не разрешается. При осмотре: в области спины, груди, рук сыпь полиморфна, располагается сгруппировано. На эритематозном фоне узелки, напряженные пузыри с серозно-геморрагическим содержимым, эрозии, кровянистые корочки. В области разгибательных поверхностей предплечий множество эрозий, кровянистых корочек. На месте заэпителизовавшихся эрозий выраженная пигментация кожи.

1. Необходимые дополнительные и лаб. исследования .
2. Ваш диагноз.
3. Ваши назначения.
4. Диета.

Ответы

Задача 1. Мазки-отпечатки на акантолитические клетки, выявление специфических антител, симптом Никольского, иммунофлюоресцентная диагностика, гистологическое исследование.

1. Вульгарная пузырчатка.
2. Кортикостероидные гормоны, цитостатики внутрь, антибиотики при осложнениях, препараты калия, кальция, анаболические гормоны, плазмаферез, витамины. Наружно – дезинфицирующие мази, водные р-ры анилиновых красок.

Задача 2. Проба с йодистым калием, исследование крови и содержимого пузыря на эозинофилию, иммунодиагностика.

1. Герпетиформный дерматит Дюринга.

2. Сульфоны: диаминодифенилсульфон (ДДС), сульфаниламиды. Десенсибилизирующие средства, седативные препараты. Наружное лечение: анилиновые краски, дезинфицирующие мази.
3. Диета без клейковины, с ограничением соли и продуктов, в которых может быть наличие йода (сосиски, морская рыба и др.).

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.-335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
4. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.-543с.

Дополнительная литература:

1. Банченко Г.В., Кряжева С.С. Сочетанные поражения слизистой полости рта и кожи: Атлас. М. «Партнер», 1994.-154с.
- 2.Беляев Г.М. Псориаз. Псориатическая артропатия. М. Медпресс-информ,2005.-266с.
3. Главинская Г.А. Лечение и профилактика красной волчанки и склеродермии. НГМА,2000.-23с
4. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. Кубановой А.А. М.ДЭКС-Пресс, 2007.-300с.
5. Кусов В.В. Справочник дерматолога. М.Бином,2006.-400с.
6. Иванов О.А., Кряжева С.С., Молочков В.А. . Кожные и венерические болезни. Крат. справочник. М «Рус.врач.», 1998.- 96с.
7. Малдрои М.Секреты дерматологии. Под ред. Дж.Е. Фитцпатрика, Дж. Л. Эллинга, Спб,1999
8. Родионов А.Н. Справочник по кожным и венерическим заболеваниям. Спб. Н-Новгород, Питер,2005.-460с.
9. Самцов А.В. Основы дерматовенерологии в вопросах и ответах(Рук-во для врачей). Спб. СпецЛит,2000.-391с.
10. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В., Белугина И.Н. Дерматологический справочник. Минск, Беларуская навука, 2001.- 734с.

Тема 9: Болезни придатков кожи (Себорея. Угревая болезнь. Розовые угри).

Цель: познакомиться с классификацией и клиническими формами себореи, угревой болезни, розовых угрей диагностировать и лечить угревую болезнь.

Перечень понятий:

1. Себорея – повышенное отделение кожного сала, обусловленное гиперфункцией сальных желез с изменением химизма их секрета.
2. Угревая болезнь – развитие воспалительного процесса на фоне себореи.
3. Розовые угри - результат ангионевроза.

Вопросы к занятию:

1. Себорея.
2. Угревая болезнь.
3. Розовые угри.

Вопросы для самоконтроля:

1. Патогенез себореи.
2. В каких возрастных группах наблюдается себорея?
3. Клинические формы себореи.
4. Этиология и патогенез угревой болезни.
5. Клинические разновидности вульгарных угрей.
6. Дифференциальный диагноз угревой сыпи.
7. Лечение и профилактика угревой болезни.
8. Этиология и патогенез розацеа.
9. Клиника розовых угрей.
10. Роль демодекоза в течение розовых угрей.
11. Дифференциальный диагноз розовых угрей
12. Лечение и профилактика розовых угрей.

Ситуационные задачи:

Задача 1. На амбулаторный прием обратилась больная 16 лет с жалобами на зуд и перхоть в/ч головы. Болеет 1,5 года. Заболевание обостряется весной и осенью. Последнее обострение возникло неделю назад. При осмотре: у больной на в/ч головы и лице кожа слегка гиперемирована, блестящая, жирная, с отрубевидным шелушением. На коже лица отмечается повышенное выделение кожного сала, единичные камедоны. Волосы сальные, слипаются.

1. Ваш диагноз.
2. Какая клиническая форма болезни?
3. Лечение.

Задача 2. К дерматологу обратилась больная 14 лет с жалобами на высыпания в области лица. Болеет в течение 6 месяцев. Не лечилась. На коже лица узелковые высыпания розового цвета величиной до мелкой горошины и единичные пустулы. Кожа лица жирная, волосы сальные, слипаются.

1. Ваш диагноз.
2. Какие клинические разновидности заболевания ?
3. Рекомендации в лечении.

Задача 3. В стационар поступил больной 18 лет с жалобами на высыпания в области лица, груди, спины. Болеет 3 года. Заболевание обостряется весной и осенью. Последнее обострение возникло месяц назад. Не лечился. В области лица, груди, спины кожа утолщена, имеет вид пористой, видны многочисленные камедоны, поверхностные папуло-пустулезные высыпания и отдельные узловатые, конглобатные элементы и рубцы. Кожное сало густой консистенции.

1. Ваш диагноз.
2. Какие клинические формы заболевания?

Задача 4. Больная 40 лет жалуется на покраснение кожи лица. Болеет 8 месяцев. На носу, щеках имеется эритема с синюшным оттенком. На ее фоне телеангиэктазии, ярко-розовые папулы величиной до горошины.

3. Ваш диагноз.
4. Возможные факторы возникновения заболевания.
5. Лечение.

Ответы

Задача 1. Себорея.

1. Жидкая себорея.

2. Диета, препараты Са, вит. А. Наружно: седативные средства, обезжиривающие спиртовые р-ры борной, салициловой кислот или лосьоны и тоники для жирной кожи.

Задача 2. Жидкая себорея. Вульгарные угри.

1. Узелковые и пустулезные вульгарные угри.
2. Диета, препараты Са, вит. А. Наружно: седативные средства, обезжиривающие и антибактериальные спиртовые р-ры борной, салициловой кислот. УФО.

Задача 3. Густая себорея. Вульгарные угри.

1. Папуло-пустулезные, конглобатные угри.
2. Диета, препараты Са, вит. А, Е, С, антибиотики, специфическая и неспецифическая иммунотерапия. Наружно: спирто-эфирные р-ры, взбалтываемые взвеси, содержащие серу, эстрогены, УФО, УВЧ.

Задача 4. Розовые угри.

1. Прием горячей, раздражающей пищи, употребление кофе, алкоголя, повышение температуры окружающей среды, эмоциональные факторы.
2. Диета, препараты Са, антигистаминные, никотиновая кислота, стероидные кремы, затем серно-дегтярная мазь, паста.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.-335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
4. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.-543с.

Дополнительная литература:

1. Банченко Г.В., Кряжева С.С. Сочетанные поражения слизистой полости рта и кожи: Атлас. М. «Партнер», 1994.-154с.
- 2.Беляев Г.М. Псориаз. Псориатическая артропатия. М. Медпресс-информ,2005.-266с.
3. Главинская Г.А. Лечение и профилактика красной волчанки и склеродермии. НГМА,2000.-23с
4. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. Кубановой А.А. М.ДЭКС-Пресс, 2007.-300с.
5. Кусов В.В. Справочник дерматолога. М.Бином,2006.-400с.
6. Иванов О.А., Кряжева С.С., Молочков В.А. . Кожные и венерические болезни. Крат. справочник. М «Рус.врач.», 1998.- 96с.
7. Малдрои М.Секреты дерматологии. Под ред. Дж.Е. Фитцпатрика, Дж. Л. Эллинга, Спб,1999
8. Родионов А.Н. Справочник по кожным и венерическим заболеваниям. Спб. Н-Новгород, Питер,2005.-460с.
9. Самцов А.В. Основы дерматовенерологии в вопросах и ответах(Рук-во для врачей). Спб. СпецЛит,2000.-391с.
10. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В., Белугина И.Н. Дерматологический справочник. Минск, Беларуская навука, 2001.- 734с.

Тема 10. Гнездное облысение.

Цель: изучить этиологию, патогенез, принципы лечения гнездной алопеции.

Перечень понятий:

1. Гнездное облысение
2. Виды гнездного облысения.

Вопросы к занятию:

1. Этиология гнездного облысения.
2. Патогенез гнездного облысения.
3. Особенности клиники гнездного облысения.
4. Принципы лечения гнездной алопеции.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.-335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
4. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.-543с.

Дополнительная литература:

1. Банченко Г.В., Кряжева С.С. Сочетанные поражения слизистой полости рта и кожи: Атлас. М. «Партнер», 1994.-154с.
2. Беляев Г.М. Псориаз. Псориатическая артропатия. М. Медпресс-информ, 2005.-266с.
3. Главинская Г.А. Лечение и профилактика красной волчанки и склеродермии. НГМА, 2000.-23с
4. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. Кубановой А.А. М. ДЭКС-Пресс, 2007.-300с.
5. Кусов В.В. Справочник дерматолога. М. Бином, 2006.-400с.
6. Иванов О.А., Кряжева С.С., Молочков В.А. . Кожные и венерические болезни. Крат. справочник. М «Рус.врач.», 1998.- 96с.
7. Малдрои М. Секреты дерматологии. Под ред. Дж.Е. Фитцпатрика, Дж. Л. Эллинга, Спб, 1999
8. Родионов А.Н. Справочник по кожным и венерическим заболеваниям. Спб. Н-Новгород, Питер, 2005.-460с.
9. Самцов А.В. Основы дерматовенерологии в вопросах и ответах (Рук-во для врачей). Спб. СпецЛит, 2000.-391с.
10. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В., Белугина И.Н. Дерматологический справочник. Минск, Беларуская навука, 2001.- 734с.

Раздел 3. Инфекционные болезни кожи.**Тема 1: Пиодермиты. Пиодермиты новорожденных.**

Цель: познакомиться с современными взглядами на этиологию и патогенез пиодермий, знать клинику, течение, дифференциальный диагноз, современные методы лечения и профилактику гнойничковых заболеваний.

Перечень понятий:

1. Глубокие и поверхностные пиодермии

2. Стрептодермии и стафилодермии
3. Острые и хронические пиодермии
4. Первичные и вторичные пиодермии

Вопросы к занятию:

1. Этиология пиодермитов
2. Патогенез пиодермитов. Микрофлоры кожи, ее функция у новорожденных и детей старшего возраста.
3. Классификация (по этиологии, глубине, первичности поражений, по течению)
4. Клинические формы стафилодермий и стрептодермий
5. Лечение

Вопросы для самоконтроля:

1. Наиболее частые возбудители пиодермий.
2. Предрасполагающие экзо- и эндогенные факторы, играющие роль в патогенезе пиодермий. Различие патогенеза острых и хронических пиодермий.
3. Классификация пиодермий в зависимости от вида возбудителя и течения.
4. Первичные морфологические элементы, характерные для стрепто-, стафилодермий.
5. Клинические формы стрепто- и стафилодермий.
6. Отличие везикулопустулеза от псевдофурункулеза.
7. Дифференциальная диагностика эпидемической пузырчатки новорожденных от эксфолиативного дерматита Риттера.
8. Смешанные пиодермии, их клин. характеристика.
9. Особенности общей терапии в зависимости от глубины поражения, распространенности процесса, длительности заболевания.
10. Принципы местной терапии.
11. Режим больного.
12. Профилактика пиодермитов на производстве и в быту.

Ситуационные задачи:

Задача 1. У новорожденного ребенка на 5-й день после рождения в окружности пупка, паховых и подмышечных складок, а затем на коже туловища, шеи появились многочисленные пузыри размером с горошину. Пузыри быстро увеличивались в количестве и в размерах, содержимое их стало мутным. Некоторые из них вскрылись, образовав эрозии. У новорожденного повысилась температура до 38°C, он стал вялым, плохо стал сосать грудь, появились жидкий стул и рвота.

1. Ваш диагноз.
2. Возможные возбудители заболевания.
3. Кто мог быть источником заражения?
4. Необходимые исследования для уточнения диагноза.
5. Ваши рекомендации и лечебные назначения.
6. Необходимые противоэпидемические мероприятия в роддоме.

Задача 2. 5-летняя девочка заболела впервые 5 дней назад. Посещает детсад. Общее состояние ребенка хорошее. Вся область подбородка покрыта желтовато-зелеными толстыми корками. Кожа по периферии их слегка гиперемирована, отечна. Вокруг рассеяны вялые пузыри с мутным содержимым, остеофолликулиты и фолликулиты. Увеличены до фасоли и слегка болезненны подчелюстные лимфоузлы.

1. Возбудители заболевания.
2. Ваш диагноз
3. Ваши назначения.
4. Проф.мероприятия, о которых врач должен сообщить матери ребенка.

Задача 3. Мужчина 40 лет, работает каменщиком. Заболел 3 дня назад. Появились боли в области верхней губы, головная боль, температура повысилась до 38°C. При осмотре в области кожи верхней губы имеется инфильтрат, кожа над ним багрово-красного цвета, в центре намечается флюктуация, по периферии отек кожи.

1. Ваш диагноз.
2. Возбудитель заболевания.
3. Какие предрасполагающие экзо- и эндогенные факторы могли сыграть роль в возникновении заболевания?
4. Возможные осложнения при данной локализации заболевания.
5. Рекомендации и назначения врача.

Задача 4. Женщина 50 лет, работает поваром. Заболела впервые 3 недели назад. На протяжении этого времени в подмышечных складках появились 4 узла, плотные, спаянные с кожей, кожа над ними синюшно-красного цвета. В левой подмышечной складке узел синюшно-красного цвета с флюктуацией в центре.

1. Ваш диагноз и возбудитель заболевания.
2. Другие возможные локализации данного заболевания.
3. Может ли возникнуть данное заболевание у ребенка 5 лет?
4. По какому типу идет расплавление узла?
5. Какие экзо- и эндогенные факторы могли сыграть роль в возникновении заболевания и длительность его течения?
6. Ваши рекомендации и назначения.

Задача 5. В стационар поступил больной 35 лет, страдающий в течение 3-х лет гнойничковым поражением кожи верхних и нижних конечностей, кожи туловища. Цикл развития кожного элемента на коже составил 8-12 дней. Лечение в амб. условиях не дало эффекта. При поступлении в клинику у больного отмечаются фолликулиты и болезненные узлы, конусовидной формы, размерами с вишневую косточку и больше. Кожа над ними ярко-красного цвета, в центре некоторых имеется флюктуация, другие в стадии изъязвления и рубцевания. Очаги поражения локализуются на коже предплечий, голени, поясничной области и задней поверхности шеи.

1. Ваш диагноз.
2. Какие экзо- и эндогенные факторы могли сыграть роль в возникновении заболевания и длительность его течения?
3. Какие необходимые исследования необходимо провести у данного больного?
4. План лечения больного.

Ответы

Задача 1. Эпидемическая пузырчатка новорожденных

1. Стафилококк и стрептококк.
2. Мать или обслуживающий персонал с очагами гнойной инфекции.
3. Общий анализ крови, мочи, исследование содержимого пузырей на флору.
4. Запрещение мытья. Антибиотики. Дезинтоксикационная терапия. Вскрытие пузырей. Санация здоровой кожи 1%-ным борным спиртом. Водные р-ры анилиновых красок. Мази с антибиотиками.
5. Изоляция ребенка. Телесный осмотр матери больного, акушеров, медсестер, врачей. Временное отстранение от работы больных лиц. Дезинфекция в отделении. Стерилизация белья.

Задача 2. Стрептококк и стафилококк.

1. Вульгарное импетиго.

2. Размягчить и снять корки, вскрыть пузыри. Спиртовые р-ры анилиновых красок, дезинфицирующие мази и пасты с антибиотиками, сульфаниламидами, дерматолом, борной кислотой.
3. Запретить посещение детсада. Избегать общения с другими детьми. Запрещение мытья. Кожу в окружности очагов протирать спиртом. Коротко стричь ногти, подногтевые складки смазывать 2%-ной настойкой йода.

Задача 3. Фурункул.

1. Стафилококк.
2. Микротравма кожи, переохлаждение, загрязнение кожи, нарушение обмена веществ, особенно углеводного, ринит.
3. Лимфангоит, лимфаденит, гнойный тромбофлебит лицевых вен с возможным в дальнейшем развитием менингита, сепсиса, септикопиемии с образованием множественных абсцессов в различных органах.
4. Запрещение мытья. Санация здоровой кожи спиртом. Антибиотики. Аутогемотерапия. Чистый ихтиол на очаг. УВЧ, УФО.

Задача 4. Гидраденит. Стафилококк.

1. В анальной области, а у женщин еще и в области больших половых губ.
2. Нет, т.к. апокриновые потовые железы не развиты.
3. По типу абсцесса.
4. Перегревание, повышенная потливость, наличие очагов хронической инфекции, нарушение обмена веществ, особенно углеводного, гиповитаминоз.
5. Диета. Антибиотики. Специфическая иммунотерапия: стафилококковые гамма-глобулины, антифагин, анатоксин. Запрещение мытья. Санация здоровой кожи спиртом. Повязки с ихтиолом, гипертоническим р-ром, мази с антибиотиками. УВЧ, УФО. Узлы с флюктуацией вскрыть.

Задача 5. Фурункулез.

1. Наличие очагов фокальной инфекции, нарушение функций эндокринной и нервной систем, углеводного обмена. Перегревание и переохлаждение организма. Ослабление иммунных механизмов защиты и т.д.
2. Посев на флору содержимого гнойников и определение чувствительности возбудителя к антибиотикам. ОАК, ОАМ, кровь на сахар.
3. Диета с ограничением углеводов. Антибиотики. Специфическая и неспецифическая иммунотерапия. Витамины. Санация кожи спиртом. Повязки с ихтиолом, гипертоническим раствором. УФО, УВЧ.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.-335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Новиков А.И., Логинова Э.А. Болезни кожи инфекционного и паразитарного происхождения. М. Медицина, НГМА, 2001.-283с.
4. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.

Дополнительная литература:

1. Новиков А.И., Логинова Э.А. Болезни кожи инфекционного и паразитарного происхождения. М. Медицина, НГМА, 2001.-283с

2. Самцов А.В. Заразные дерматозы и венерические болезни. Современные методы лечения, Спб « Спец.лит-ра», 1997.-139с

Тема 2: Паразитарные болезни (чесотка).

Цель: изучить диагностику, лечение, профилактику чесотки и педикулеза.

Перечень понятий:

1. Заражение происходит, в основном, при прямом контакте, реже через зараженные клещами предметы.
2. В эпидемиологическом плане играют роль стертые формы и осложнения чесотки пиодермией, микробной экземой.

Вопросы к занятию:

1. Чесотка и педикулез: возбудитель, эпидемиология, жизненный цикл.
2. Клиническая картина, лабораторная диагностика.
3. Лечение, контроль излеченности, профилактика.

Вопросы для самоконтроля:

1. Эпидемиология чесотки. Возбудитель чесотки, его устойчивость во внешней среде.
2. Типичная локализация высыпаний при чесотке у взрослых и детей.
3. Характерные симптомы.
4. Возможные осложнения чесотки.
5. Принципы диагностики.
6. Дифференциальный диагноз.
7. Основные методы лечения.
8. Профилактика распространения заболевания, участие в этом врачей всех специальностей.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Болен около месяца. Беспокоит зуд кожи, особенно в ночное время. Работает шофером, живет в общежитии. В комнате 3 человека. Имеет знакомую, с которой состоял в близком интимном отношении. В области живота, ягодиц, поясницы. Внутренней поверхности бедер имеется обильная мелкая узелковая сыпь розового цвета, многие узелки располагаются попарно, центр некоторых покрыт геморрагическими корочками, имеются также расчесы. В области живота имеются удлиненные, слегка выступающие над кожей розовые валики длиной 5-7 мм. Кожа кистей свободна от высыпаний.

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые исследования для уточнения диагноза.
3. Назначения больному.
4. Противоэпидемические мероприятия.

Задача 2. Студентка лесотехнического техникума заболела неделю назад. Живет в общежитии, в комнате 5 человек. Беспокоит зуд, больше в ночное время. В области межпальцевых складок кистей, живота, внутренней поверхности бедер имеется милиарная узелковая сыпь. Центр папул покрыт серозными и геморрагическими корочками, в области лучезапястного сустава имеются сероватые полосы длиной до 0,75 см. В области грудных сосков и окружающей кожи имеются очаги округлой формы с четкими границами. Кожа в них гиперемирована, отечна, на этом фоне имеются точечные эрозии, выделяющие капельками экссудат, часть эрозий покрыта серозно-гнойными корочками.

1. Ваш развернутый клин. диагноз.

2. Необходимое лечение данной больной.
3. Противоэпидемические мероприятия.

Задача 3. Ребенок 2-х лет заболел около месяца назад. Посещает детские ясли. Семья состоит из 4-х человек. Плохо спит по ночам из-за зуда. При осмотре: в области лица, груди, живота имеется обильная узелковая сыпь розового цвета, волдыри, эритематозные отечные пятна, покрытые серозными корками. В области ладоней и подошв имеются пузырьки и сероватого цвета полосы длиной до 1 см.

1. Ваш диагноз.
2. Необходимое лечение ребенку.
3. Профилактика заболевания, участие в ней врачей-педиатров.

Ответы

Задача 1. Чесотка.

1. Извлечение клеща из слепого конца хода и его микроскопия.
2. 20%-ная эмульсия бензил-бензоата (33%-ная серная мазь).
3. Осмотр контактов, лечение всех выявленных больных одновременно. Дезинсекция нательного и постельного белья больного, дезинсекция в комнате. Учет больных по извещениям ф.281.

Задача 2. Чесотка, осложненная микробной экземой.

1. Десенсибилизирующие препараты, 20%-ная эмульсия бензил-бензоата. На грудные соски гиоксизоновая мазь.
2. Осмотр контактов, дезинсекция белья и помещения.

Задача 3. Экзематизированная чесотка.

1. 10%-ная эмульсия бензил-бензоата, кортикостероидные мази на экзематозные очаги.
2. Осмотр контактов в семье и детских яслях. Наблюдение педиатра за детьми в детских яслях в течение 6 недель. Дезинсекция белья и помещения. Учет больных по извещениям ф.281.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.-335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Новиков А.И., Логинова Э.А. Болезни кожи инфекционного и паразитарного происхождения. М. Медицина, НГМА, 2001.-283с.
4. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.

Дополнительная литература:

1. Инфекционные болезни с поражением кожи. Под ред. Лобзина Ю.В. Спб, Фолиант, 2003.-237с.
2. Новиков А.И., Логинова Э.А. Болезни кожи инфекционного и паразитарного происхождения. М. Медицина, НГМА, 2001.-283с
3. Самцов А.В. Заразные дерматозы и венерические болезни. Современные методы лечения, Спб « Спец.лит-ра», 1997.-139с

Тема 3: Вирусные болезни (герпесы).

Цель: уметь диагностировать простой и опоясывающий лишай, определять клинические разновидности болезни, уметь правильно назначать лечение в зависимости от стадии болезни.

Перечень понятий:

Простой и опоясывающий герпес
Атипичные формы опоясывающего лишая
Противовирусные препараты

Вопросы к занятию:

1. Простой герпес (этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика).
2. Опоясывающий герпес (этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика).

Вопросы для самоконтроля:

1. Этиология и патогенез простого и опоясывающего лишая. Предрасполагающие факторы.
2. Клиника простого пузырькового лишая и его клин. разновидности.
3. Клиника опоясывающего лишая и его клин. разновидности.
4. Диф. диагноз простого и опоясывающего лишая.
5. Лечение (общее и наружное) в зависимости от формы болезни.
6. Профилактика рецидивов при герпесе.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Женщина 45 лет жалуется на сильные боли и высыпания в области спины справа. Больна около 2-х дней. За несколько дней до появления сыпи была субфебрильная температура, общее недомогание. Объективно: по ходу межреберных нервов справа группы пузырьков с серозным содержимым на эритематозной слегка отечной коже.

1. Ваш диагноз.
2. Ваше лечение и рекомендации
3. Когда заболевание может рецидивировать?

Задача 2. Женщина 25 лет жалуется на появление пузырьков в области красной каймы верхней губы. Заболевание сопровождается небольшим зудом. Больная отмечает, что после перенесенного ОРЗ в прошлом году такие же высыпания были в области кончика носа. Объективно: в области верхней губы на эритематозном фоне группа мелких пузырьков с просяное зерно, с прозрачным содержимым.

1. Ваш диагноз.
2. Ваши рекомендации по лечению больной.

Ответы

Задача 1. Опоясывающий лишай.

1. Анальгетики (седалгин, аналгин). Витамины В1, В12, С. Противовирусная терапия (зовиракс, бонафтон и др.). Наружные средства (дезинфицирующие пасты, анилиновые краски, крем зовиракс, теброфеновая мазь, крем с интерфероном, госсиптол, флореналь). Больная не должна контактировать с детьми.
2. При онкозаболеваниях, у ВИЧ-инфицированных и др.

Задача 2. Простой пузырьковый лишай.

1. При рецидивирующем герпесе показаны противовирусные препараты, инъекции интерферона, поливалентной антигерпетической вакцины, гамма-глобулина. Местно: индифферентные мази, интерферон в виде примочек, паст, теброфеновая, оксолиновая мази, госсиптол, флореналь, крем зовиракс и др.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.-335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Новиков А.И., Логинова Э.А. Болезни кожи инфекционного и паразитарного происхождения. М. Медицина, НГМА, 2001.-283с.
4. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.

Дополнительная литература:

1. Баринский И.Ф. Герпес. Этиология, диагностика, лечение. М. Медицина, 1986
2. Инфекционные болезни с поражением кожи. Под ред. Лобзина Ю.В. Спб, Фолиант, 2003.-237с.
3. Новиков А.И., Логинова Э.А. Болезни кожи инфекционного и паразитарного происхождения. М. Медицина, НГМА, 2001.-283с
4. Халдин А.А. Простой герпес: дерматологические аспекты простого герпеса. М. Медицина, 2002.-159с.

Тема 4: Инфекционные эритемы (Многоформная экссудативная эритема).

Цель: уметь диагностировать многоформную экссудативную эритему, уметь назначить лечение в зависимости от стадии болезни.

Перечень понятий:

1. Является острым, сезонным заболеванием с кожной или кожно-слизистой симптоматикой.
2. Болеют взрослые и дети старшего возраста.
3. Инфекционно-аллергическая реакция полиэтиологического генеза.

Вопросы к занятию:

Многоформная экссудативная эритема: этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.

Вопросы для самоконтроля:

1. Этиология и патогенез многоформной экссудативной эритемы. Факторы, предрасполагающие к заболеванию.
2. Клиника многоформной экссудативной эритемы.
3. Синдром Стивенса-Джонсона.
4. Дифференциальный диагноз экссудативной эритемы.
5. Лечение (общее и наружное).
6. Профилактика рецидивов многоформной экссудативной эритемы

Ситуационная задача:

Весной обратился больной 32 лет с жалобами на небольшой зуд, жжение и высыпания на тыле кистей и слизистой губ. Заболевание сопровождается субфебрильной температурой, общим недомоганием, болями в суставах. Из анамнеза выяснено, что такие же высыпания были в прошлом году тоже весной. Объективно: на тыле кистей и разгибательных поверхностях предплечий синюшно-красные пятна, узелки до 2-копеечной монеты. Пятна и узелки имеют синюшный оттенок в центре, а по периферии ярко-розовую окраску. На красной кайме губ пузыри с геморрагическим содержимым и серозно-геморрагические корки. Суставы внешне не изменены.

1. Ваш диагноз.
2. Лечение.
3. Дифференциальный диагноз.

Ответы: Многоформная экссудативная эритема.

1. Антибиотики, десенсибилизирующие препараты, салицилаты. Витамины, наружные противовоспалительные и антисептические средства: индифферентные пасты, взбалтываемые смеси, анилиновые краски. При поражении слизистых – жидкая нераздражающая пища, частые полоскания дезинфицирующими растворами, примочки.
2. Токсидермия, фотодерматиты, дерматит Дюринга, пузырчатка и др.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.-335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Новиков А.И., Логинова Э.А. Болезни кожи инфекционного и паразитарного происхождения. М. Медицина, НГМА, 2001.-283с.
4. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.

Дополнительная литература:

1. Инфекционные болезни с поражением кожи. Под ред. Лобзина Ю.В. Спб, Фолиант, 2003.-237с.
2. Новиков А.И., Логинова Э.А. Болезни кожи инфекционного и паразитарного происхождения. М. Медицина, НГМА, 2001.-283с
3. Самцов А.В. Заразные дерматозы и венерические болезни. Современные методы лечения, Спб « Спец.лит-ра», 1997.-139с

Тема 5: Грибковые заболевания кожи. Микозы стоп.

Цель: знать классификацию грибковых заболеваний, уметь диагностировать и лечить, проводить рациональную профилактику.

Перечень понятий:

1. Дерматофиты.
2. Глубокие и поверхностные микозы.
3. Онихомикоз.
4. Клинические формы микозов стоп.
5. Клинические формы микозов.

Вопросы к занятию:

1. Кератомикозы.
2. Эпидермомикозы.
3. Трихомикозы.
4. Микозы стоп.

Вопросы для самоконтроля:

1. Представители кератомикозов.
2. Проба Бальцера.
3. Эпидемиология дерматомикозов. Возбудители трихомикозов.
4. Лабораторная диагностика (бактериологическая и культуральная).
5. Микроспория (клинические формы, вызванные пушистым и ржавым микроспорумом).
6. Значение люминесцентного метода в диагностике микроспории.
7. Трихофития. Клинические формы (поверхностная, хроническая, глубокая инфильтративно-нагноительная).
8. Основные методы лечения трихомикозов.
9. Эпидемиология эпидермомикозов.
10. Возбудители и их лаб. диагностика (бактериоскопическая и культуральная).
11. Клиника рубромикоза.
12. Роль бань и душевых в распространении микозов стоп.
13. Принципы лечения эпидермофитии в зависимости от клинической формы.
14. Лечение рубромикоза.
15. Профилактика микозов стоп (общественная и личная).
16. Характеристика возбудителей кандидомикозов.
17. Классификация кандидомикозов.
18. Заболевания, способствующие развитию кандидомикозов.
19. Дифференциальный диагноз кандидозов с экземой, эпидермофитией крупных складок, различными формами стрептодермий.
20. Лечение различных форм кандидозов (общее и местное).
21. Профилактика кандидозов.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Ребенок 5 лет обратился на прием вместе с матерью. Мать заметила у ребенка неделю назад красное пятно с шелушением в области правой щеки. Зуда нет. Вначале пятно было небольших размеров, затем стало увеличиваться. Ребенок посещает детсад. При осмотре: в области лица – на правой щеке розовое пятно с 3-копеечную монету. По краю слегка отечный валик красноты, покрытый чешуйками, единичными мелкими узелками и корочками. Домашних животных нет.

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые лаб. исследования.
3. Рекомендации и лечение больного.

Задача 2. Обратилась больная 16 лет с жалобами на изменение окраски ногтевых пластинок 3-го и 4-го пальцев правой кисти. Болеет около года. При осмотре: ногти 3-го и 4-го пальцев правой кисти неровные, несколько утолщены, серовато-грязноватого цвета. Воспалительные явления со стороны ногтевых валиков отсутствуют, ногтевая кожа сохранена. Кожа и ногтевые пластинки стоп не изменены.

1. Необходимые лаб. исследования.
2. На что надо обратить внимание при осмотре больной ?
3. Ваш диагноз.
4. Лечение.
5. Противоэпидемические мероприятия.

Задача 3. Обратилась больная 35 лет с жалобами на шелушение в/ч головы: поредение волос. Зуда нет. При осмотре: на в/ч головы мелкие шелушащиеся очажки неопределенных очертаний, без видимых воспалительных явлений, много мелких атрофических плешин, видны обломки волос на уровне кожи.

1. Необходимые лаб. исследования.
2. Ваш диагноз.
3. Ваши рекомендации и назначение лечения.
4. Противоэпидемические мероприятия.

Задача 4. На прием обратился мужчина 28 лет с жалобами на зуд в области подошв. Болен около 10 дней. Свое заболевание связывает с посещением бани. При осмотре: на коже подошв, преимущественно в области внутренних сводов стоп – пузырьки с серозным содержимым различной величины (от булавочной головки до небольшой горошины), просвечивающие в виде саговых зерен. Местами видны эрозивно-мокнущие участки.

1. Ваш диагноз.
2. Лаб. исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Ваши рекомендации и лечение.
4. Клин. разновидности заболевания.

Задача 5. Мать заметила у 3-летнего ребенка какие-то беловатые налеты во рту. Неделью назад ребенок получал пенициллин в/м по поводу фолликулярной ангины. При осмотре: на слизистой языка, мягкого неба, щек и десен на фоне гиперемии крошковатые налеты белого цвета, которые легко снимаются шпателем, а после удаления обнаруживаются кровоточащие ссадины.

1. Ваш диагноз.
2. Лаб. исследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Необходимое лечение.

Задача 6. Женщина 32 лет, кондитер, обратилась на прием с жалобами на зуд в межпальцевом промежутке 3-го и 4-го пальцев правой кисти. При осмотре: кожа в области складки 3-го и 4-го пальцев эрозирована. Эрозия темно-красного цвета, по периферии каемка мацерированного эпителия.

1. Ваш диагноз.
2. Лаб. исследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Необходимое лечение.

Ответы

Задача 1. Трихофития гладкой кожи.

1. Лабораторное исследование на грибы (посев, бактериоскопические), люминесцентная диагностика (для отличия от микроспории).
2. Осмотр бытовых контактов (семьи, детского сада) на трихофитию. Наружные фунгицидные средства, гризеофульвин, эпидин. Физиолечение. Отслойки. Диспансерное наблюдение.

Задача 2. Взять соскоб с ногтевых пластинок на посев и бактериоскопическое исследование на грибы.

1. При осмотре больной исключить хроническую трихофитию в/ч головы и гладкой кожи.
2. Трихофития ногтей.
3. Гризеофульвин внутрь. Размягчение и удаление ногтевых пластинок с последующей обработкой ногтевого ложа фунгицидными средствами.

4. Осмотр бытовых контактов. Дезинфекция вещей и помещения.

Задача 3. Микроскопические и культуральные исследования на грибы.

1. Хроническая трихофития в/ч головы.
2. Осмотр всех бытовых контактов на трихофитию. Госпитализация. Гризеофульвин внутрь, общеукрепляющая терапия. Местно: фунгицидная терапия.
3. Осмотр бытовых контактов. Дезинфекция вещей и помещения. Заполнить форму 089-У. Диспансерное наблюдение.

Задача 4. Эпидермофития стоп (дисгидротическая форма).

1. Микроскопические и культуральные исследования на грибы.
2. Десенсибилизирующие средства. Противовоспалительные, дезинфицирующие примочки, пасты, анилиновые краски. Фунгицидная терапия. Дезинфекция обуви, носков.
3. Сквamousная, интертригинозная, дисгидротическая, ногтевых пластинок, паховая

Задача 5. Кандидоз слизистых (молочница).

1. Микроскопические и бактериоскопические исследования на дрожжи.
2. Общее – нистатин, леворин, низорал внутрь, витамины группы В. Местно – смазывание 5-10% р-ром буры в глицерине, в упорных случаях водным или спиртовым раствором генцианвиолета или раствором Люголя. Диета с ограничением углеводов.

Задача 6. Дрожжевая межпальцевая эрозия кисти.

1. Микроскопические и бактериоскопические исследования на дрожжи, исследовать кровь на сахар.
2. Антибиотики (леворин, нистатин, низорал, дифлюкан внутрь), витамины группы В. Анилиновые краски, раствор нитрата серебра. 5% серно-дегтярная паста, левориновая, нистатиновая, микогептиновая мази. Пасты и мази, в состав которых входят салициловая кислота, резорцин, препарат АСД и др. Крем низораловый, р-р и крем клотримазола.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.-335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Новиков А.И., Логинова Э.А. Болезни кожи инфекционного и паразитарного происхождения. М. Медицина, НГМА, 2001.-283с.
4. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.

Дополнительная литература:

1. Новиков А.И., Логинова Э.А. Болезни кожи инфекционного и паразитарного происхождения. М. Медицина, НГМА, 2001.-283с
2. Родионов А.Н. Грибковые заболевания кожи. Спб, Питер, 2000.-285с.
3. Самцов А.В. Заразные дерматозы и венерические болезни. Современные методы лечения, Спб « Спецлит-ра», 1997.-139с
4. Сергеев А.Ю. Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции: руководство для врачей. М. Бином, 2003.-440с

Тема 6: Туберкулез кожи.

Цель: изучить клинические формы туберкулеза кожи, дифференциальный диагноз, лечение и профилактику.

Перечень понятий:

1. Ограниченные формы туберкулеза кожи.
2. Диссеминированные формы туберкулеза кожи.

Вопросы к занятию:

1. Ограниченный туберкулез (туберкулезная волчанка, ее клинические формы, скрофулодерма, язвенный туберкулез, бородавчатый туберкулез).
2. Диссеминированный туберкулез (индуративная эритема Базена, папуло-некротический туберкулез, лишай золотушных).

Вопросы для самоконтроля:

1. Возбудители туберкулеза кожи.
2. Классификация туберкулеза кожи.
3. Туберкулезная волчанка и ее клинические разновидности.
4. Патогномоничные симптомы туберкулезной волчанки.
5. Скрофулодерма. Особенности патогенеза.
6. Бородавчатый туберкулез кожи.
7. Язвенный туберкулез кожи.
8. Папуло-некротический туберкулез кожи.
9. Лишай золотушных.
10. Индуративная (уплотненная) эритема Базена.
11. Лечение туберкулеза кожи.
12. Организация борьбы с туберкулезом кожи в нашей стране.

Ситуационные задачи:

Задача 1. У девочки 14 лет на коже лица в течение 2-х лет существуют очаги. Субъективных ощущений нет. Первый очаг появился на носу, затем высыпания распространились на щеки. К врачу обратилась впервые. Не лечилась. Родители и брат здоровы. В анамнезе туберкулез легких.

На коже в области спинки и крыльев носа, щек очаги неправильной формы синюшно-бурого цвета. В очагах отчетливо видны бугорки размером до горошины коричнево-красного цвета, мягкой консистенции. Некоторые бугорки располагаются сгруппированно, на месте их язвы с неровными очертаниями, мягкими подрытыми краями, грязно-серым дном. При надавливании зондом на бугорок он легко погружается в глубину ткани, а при надавливании предметным стеклом бугорок приобретает буроватый цвет. В очагах рубцовая атрофия белесоватого цвета, на ее месте свежие бугорки.

1. Необходимые дополнительные и лаб. исследования.
2. Симптомы, характерные для болезни.
3. Ваш диагноз.
4. Клин. формы заболевания.
5. Осложнения.
6. Дифференциальный диагноз.
7. Лечение и профилактика.

Задача 2. На амбулаторный прием к дерматологу обратился юноша 16 лет, школьник. Болен 2 года. К врачу не обращался. Не лечился. На боковой поверхности шеи слева, в

подчелюстной области, около левой ушной раковины в глубине кожи 3 узла, овальной формы, безболезненные фиолетово-красного цвета. Два узла размягчены с абсцедированием и фистулами. На коже около левой ушной раковины втянутые неровные мостовидные рубцы с перемычками.

1. Необходимые дополнительные исследования для уточнения диагноза.
2. Ваш диагноз.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Ваши назначения больному.

Задача 3. Больной 48 лет, рабочий мясокомбината, заметил месяц назад на правой кисти бородавчатые разрастания. Боли, зуда нет. Не лечился. При осмотре на коже тыла правой кисти и пальцев бородавчатые разрастания синюшно-красного цвета. В очаге имеются 3 зоны: периферическая (фиолетово-красная каемка), средняя (бородавчатые плотные возвышения, трещины, корки) и центральная (атрофия с бугристым дном). Увеличены регионарные узлы (локтевые и подмышечные). По периферии очага бугорки синюшно-красного цвета. На участках рубцовой атрофии свежих бугорков нет.

1. Необходимые дополнительные исследования.
2. Ваш диагноз.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

Задача 4. В стационар поступил больной 40 лет для обследования и уточнения диагноза. Жалобы на болезненную язвочку в области головки п/ч, которую заметил 2 недели назад. Не лечился. Женат. Жена здорова. Внебрачные половые связи отрицает. Кровь на РВ отрицательная. Из анамнеза выяснилось, что больной болеет туберкулезом легких. На головке п/ч три язвы величиной с горошину, слившиеся между собой, с фестончатыми мягкими краями бледно-красного цвета с зернистым дном. На дне и вокруг язв мелкие бугорки желтого цвета (зерна Трола). Язвы при пальпации резко болезненные. Паховые лимфоузлы не увеличены.

1. Необходимые дополнительные исследования.
2. Ваш диагноз.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Рекомендации и лечение.

Задача 5. В мае к дерматологу обратилась больная 17 лет с жалобами на высыпания в области ног. Больна 6 лет. Заболевание периодически рецидивирует, чаще весной. Последнее обострение около 2-х недель назад. Зуда нет. В анамнезе туберкулез легких. На коже передней поверхности голеней многочисленные, буровато-фиолетового цвета узелки размером с конопляное зерно. На месте отдельных узелков поверхностные язвочки и штампованные рубчики.

1. Необходимые дополнительные исследования для уточнения диагноза.
2. Ваш диагноз.
3. Лечение.

Ответы

Задача 1. Гистологическое исследование биопсированной ткани очага, туберкулиновые пробы, рентгенологическое исследование.

1. Симптомы яблочного желе и зонда.
2. Туберкулезная волчанка.
3. Плоская, эксфолиативная, бородавчатая, язвенная, уродующая, опухолевидная.
4. Рожистое воспаление, элифантiaz, люпус-карцинома.

5. С бугорковым сифилисом, новообразованием, дискоидной формой красной волчанки, лепрой.
6. Антибактериальные средства (фтивазид, стрептомицин, ПАСК), витамин Д₂, общеукрепляющие средства, дието-, гелио-, климатотерапия (Крым), наружные средства (диатермокоагуляция, мази, пасты). Улучшение материально-бытовых и санитарно-гигиенических условий жизни населения. Активное выявление начальных форм туберкулеза. Своевременное и рациональное лечение.

Задача 2. Туберкулиновые пробы, рентгенологическое и гистологическое исследование.

1. Скрофулодерма.
2. С гуммозным сифилисом, актиномикозом, хронической язвенной пиодермией.
3. Антибактериальные средства (фтивазид, стрептомицин, ПАСК), витамин Д₂, общеукрепляющие средства, дието-, гелио-, климатотерапия (Крым), УФО, наружные средства (примочки с этакридином, диатермокоагуляция, дезинфицирующие мази, иногда хирургическое лечение).

Задача 3. Туберкулиновые пробы, гистологическое исследование.

1. Бородавчатый туберкулез кожи.
2. С простыми бородавками, вегетирующей формой пиодермии, бородавчатой формой красного плоского лишая.
3. Антибактериальные средства (фтивазид, стрептомицин, ПАСК), витамин Д₂, общеукрепляющие средства, диетотерапия. Наружные средства (выскабливание острой ложечкой, диатермокоагуляция, рентгенорадиотерапия).

Задача 4. Бактериоскопическое исследование микобактерий, рентгенологическое исследование.

1. Язвенный туберкулез п/ч.
2. С язвенным твердым шанкром, мягки шанкром, раковой язвой, гуммозной язвой.
3. Антибактериальные средства (фтивазид, стрептомицин, ПАСК), витамин Д₂, общеукрепляющие средства, диетотерапия. Наружно: рентгенотерапия, прижигание язв 50%-ной молочной кислотой.

Задача 5. Туберкулиновые пробы, рентгенологическое и гистологическое исследование.

1. Папуло-некротический туберкулез кожи.
2. Внутрь ПАСК, фтивазид, инъекции стрептомицина, витамины А, Д₂, фитин, препараты железа, УФО.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.-335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Новиков А.И., Логинова Э.А. Болезни кожи инфекционного и паразитарного происхождения. М. Медицина, НГМА, 2001.-283с.
4. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.

Дополнительная литература:

1. Инфекционные болезни с поражением кожи. Под ред. Лобзина Ю.В. Спб, Фолиант, 2003.-237с.

2. Новиков А.И., Логинова Э.А. Болезни кожи инфекционного и паразитарного происхождения. М. Медицина, НГМА, 2001.-283с
3. Самцов А.В. Заразные дерматозы и венерические болезни. Современные методы лечения, Спб « Спецлит-ра», 1997.-139с

Тема 7: Красная волчанка.

Цель: познакомиться с современными взглядами на этиологию и патогенез красной волчанки. Изучить клиническую картину, течение заболевания и освоить методы лечения его.

Перечень понятий:

1. Красная волчанка - хроническое системное заболевание.

Вопросы к занятию:

1. Патогенез красной волчанки.
2. Клиническая картина заболевания.
3. Клинические формы красной волчанки.
4. Лечение красной волчанки.

Вопросы для самоконтроля:

1. Общая характеристика красной волчанки (частота, сезонность, рецидивы и др.).
2. Современные взгляды на этиологию и патогенез красной волчанки.
3. Классификация красной волчанки.
4. Клиника хронической дискоидной красной волчанки.
5. Клиническая картина центробежной красной волчанки.
6. Диссеминированная красная волчанка.
7. Основные симптомы системной, или острой красной волчанки.
8. Общее и наружное лечение больных с хронической красной волчанкой.
9. Профилактика рецидивов красной волчанки.

Ситуационные задачи:

Задача 1. На амбулаторный прием обратился мужчина 35 лет с жалобами на появление очагов красного цвета на лице. Болен 2 года. Обострения весной и осенью. Работает вальщиком леса, постоянно подвергается воздействию солнца, ветра, мороза. При осмотре: на лице в области спинки носа, щек очаги розово-красного цвета, резко очерченные, инфильтрированные, покрытые розовыми плотно сидящими чешуйками. В центре очагов видна рубцовая атрофия. При снятии чешуек отмечается резкая болезненность, на внутренней поверхности чешуек обнаруживаются шипики. На красной кайме нижней губы ограниченный отек с утолщением, трещинами и рубцовой атрофией.

10. Ваш диагноз
11. Симптомы, характерные для заболевания.
12. Необходимые лаб. исследования.
13. Ваши назначения и рекомендации.

Задача 2. В стационаре ОКВД лечится больная 40 лет, рабочая лесозавода. Заболела год назад, весной. Первые очаги появились на носу, щеках. Лечилась в стационаре. Последнее обострение возникло в начале ноября. Обратилась к дерматологу по ПМЖ и была направлена в стационар. У больной хронический тонзиллит. На коже щек, лба, в/ч головы, шее, верхней части груди множественные очаги до 3-копеечной монеты розово-красного цвета с инфильтрацией, гиперкератозом и атрофией. Положительные симптомы

Мещерского-Бенье и дамского каблука. Анализ крови: - 1000, СОЭ – 25 мм/час. Обнаружены ЛЕ-клетки.

1. Ваш диагноз.
2. Клиническая форма заболевания.
3. Рекомендации в лечении.

Задача 3. На консультацию направлена больная 20 лет, студентка, для уточнения диагноза. Жалобы на появление пятен на лице в течение месяца. Субъективных ощущений нет. Заболевание связывает с продолжительным пребыванием на солнце. В анамнезе: хронический тонзиллит. На коже лица в области спинки носа и обеих щек в виде бабочки ярко-красная эритема. Фолликулярный гиперкератоз и рубцовая атрофия отсутствуют. Анализ крови: - 9000, СОЭ – 20 мм/час. Найдены ЛЕ-клетки.

1. Ваш диагноз.
2. Клиническая форма заболевания.
3. Назначения больной.

Ответы

Задача 1. Хроническая дискоидная красная волчанка.

1. Симптомы Мещерского-Бенье, дамского каблука.
2. Морфология крови, клетки красной волчанки (ЛЕ-клетки).
3. Антималерийные препараты, витамины комплекса В, никотиновая кислота. Наружно: стероидные мази (флуцинар), фотозащитные кремы. Диспансерное наблюдение, трудоустройство больного.

Задача 2. Хроническая диссеминированная красная волчанка.

1. Хроническая дискоидная, хроническая диссеминированная, хроническая центробежная, острая (системная) красная волчанка, подострая красная волчанка.
2. Антималерийные препараты, витамины комплекса В, никотиновая кислота, витамин С. Наружно: стероидные мази (флуцинар), фотозащитные кремы. Диспансерное наблюдение, трудоустройство больного.

Задача 3. Хроническая центробежная красная волчанка.

1. Хроническая дискоидная, хроническая диссеминированная, хроническая центробежная, острая (системная) красная волчанка, подострая красная волчанка.
2. Антималерийные препараты (делагил), витамины комплекса В, С, РР. Наружно: стероидные мази (флуцинар), фотозащитные кремы. Диспансеризация.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.-335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
4. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.-543с.

Дополнительная литература:

1. Банченко Г.В., Кряжева С.С. Сочетанные поражения слизистой полости рта и кожи: Атлас. М. «Партнер», 1994.-154с.
2. Беляев Г.М. Псориаз. Псориатическая артропатия. М. Медпресс-информ, 2005.-266с.
3. Главинская Г.А. Лечение и профилактика красной волчанки и склеродермии. НГМА, 2000.-23с

4. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. Кубановой А.А. М.ДЭКС-Пресс, 2007.-300с.
5. Кусов В.В. Справочник дерматолога. М.Бином,2006.-400с.
6. Иванов О.А., Кряжева С.С., Молочков В.А. . Кожные и венерические болезни. Крат. справочник. М «Рус.врач.», 1998.- 96с.
7. Малдрои М.Секреты дерматологии. Под ред. Дж.Е. Фитцпатрика, Дж. Л. Эллинга, Спб,1999
8. Родионов А.Н. Справочник по кожным и венерическим заболеваниям. Спб. Н-Новгород, Питер,2005.-460с.
9. Самцов А.В. Основы дерматовенерологии в вопросах и ответах(Рук-во для врачей). Спб. СпецЛит,2000.-391с.
10. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В., Белугина И.Н. Дерматологический справочник. Минск, Беларуская навука, 2001.- 734с.

Раздел 4. Сифилис.

Тема 1: Возбудитель сифилиса. Исследования на бледную трепонему.

Цель: изучить морфологические и биологические особенности бледной трепонемы, условия и способы заражения сифилисом, общее течение и классификацию сифилиса, инкубационный период.

Перечень понятий:

1. Хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой.
2. Распространяется преимущественно половым путем и может передаваться потомству.
3. Для сифилиса характерно волнообразное течение с периодическими ремиссиями и обострениями.

Вопросы к занятию:

1. Возбудитель сифилиса
2. Отличие бледной трепонемы от сапрофитных трепонем
3. Инкубационный период
4. Эпидемиология
5. Общее течение сифилиса

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие морфологические и биологические особенности бледной трепонемы?
2. Какие методы обнаружения бледной спирохеты?.
3. Какие наиболее частые пути передачи сифилитической инфекции?
4. Возможно ли заражение при тесном контакте с больным сифилисом?
5. Продолжительность инкубационного периода?
6. На какие сутки бледная трепонема проникает через гематоэнцефалический барьер?
7. На какие сутки возникает спирохетозный сепсис?

Основная литература:

- 1.Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.- 335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Молочков В.А., Иванов О.Л. Инфекции, передаваемые половым путем: клиника, диагностика, лечение. М. Медицина, 2006.- 631с.
4. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.

5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.

Дополнительная литература:

1. Бутов Ю.С. Кожные болезни и инфекций, передающиеся половым путем. М. Медицина, 2002.-400с.
2. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. Кубановой А.А. М.ДЭКС-Пресс, 2007.-300с.
3. Самцов А.В. Заразные дерматозы и венерические болезни. Современные методы лечения, Спб « Спец.лит-ра», 1997.-139с.
4. Самцов А.В. Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении. Спб, Спецлит, 2006.-125с.
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Инфекции, передаваемые половым путем. М. Медпресс, 1999.- 363с.

Тема 2: Клиника сифилиса.

Первичный период сифилиса.

Цель: изучить клиническую картину первичного сифилиса, типичные и атипичные его варианты.

Перечень понятий:

1. Проявляется на 21-24 сутки с момента заражения
2. Продолжительность первичного периода 6-8 недель
3. Проявления на месте внедрения бледной трепонемы
4. Не поражаются внутренние органы

Вопросы к занятию:

1. Клиническая картина шанкра (эрозивный и язвенный, множественные и биполярные шанкры, осложнения).
2. Атипичные формы шанкра (панариций, амигдалит, индуративный отек).
3. Склераденит, его характеристика
4. Локализация клераденита в зависимости от локализации шанкра

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие виды инфильтратов в основании шанкра могут быть?
2. Чем отличаются множественные от биполярных шанкров?
3. В чем особенность индуративного отека?
4. Чем отличается гангренизация от фagedенизации шанкра?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Клинические особенности регионарного склераденита и полиаденита.
7. Когда возникают продромальные явления и их симптомы?
8. Особенности первичного сифилиса у алкоголиков

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной 27 лет жалуется на появление язвы на п/ч, которую он обнаружил неделю назад. Язва не болит. Женат. Месяц назад имел однократное половое сношение с молодой женщиной в гостинице другого города, где был в командировке. При осмотре обнаружена ярко-красная эрозия овальной формы с четкими границами, расположенная на внутреннем листке крайней плоти слева. Дно эрозии гладкое, слегка влажное.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие сведения из анамнеза еще необходимо выяснить?
3. Что существенное отсутствует в данных осмотра?
4. Лаб. исследования, необходимые для установления диагноза.
5. Заключительный развернутый диагноз при выявлении у больного пахового склераденита, обнаружении бледной трепонемы, отрицательной РВ, положительной РИФ.
6. Необходимые лечебно-профилактические меры в данном случае.

Задача 2. К участковому терапевту обратилась женщина 20 лет с жалобами на неприятные ощущения в горле при глотании, которые ее беспокоят около недели. Самостоятельно полоскала горло р-ром соды, р-ром Люголя. Проводимая терапия эффекта не дала. 1,5 месяца назад имела однократное половое сношение с незнакомым мужчиной. Ничего сказать о нем не может. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура в норме. В зеве справа значительно увеличенная, гиперемированная, с синюшным оттенком, резкими границами миндалина, гнойного налета нет, поверхность миндалин ровная. Подчелюстные лимфоузлы справа увеличены до размеров вишни, подвижные, плотноэластической консистенции, безболезненные, кожа над ними не изменена. Кожные покровы при осмотре нормальной окраски, сыпи нет. В области гениталий сыпи не видно.

1. При каких заболеваниях может быть подобная клин. картина?
2. Что еще необходимо выяснить из анамнеза?
3. Какие лаб. исследования надо провести в первую очередь?
4. Необходимые лечебно-профилактические меры в данном случае.
5. Какие исследования должен сделать венеролог?
6. Окончательный диагноз при положительной РВ.

Задача 3. На прием к венерологу обратился мужчина 28 лет, рабочий. Разведен. Жалуется на появление язвочки на п/ч, которую заметил неделю назад. Сегодня появились боли в области п/ч, головка не открывается. Имел случайную половую связь в состоянии алкогольного опьянения с женщиной 1,5 месяца назад. Знает адрес и имя женщины. При осмотре: крайняя плоть резко отечна, гиперемирована. Головка п/ч открывается частично. На головке имеется язва диаметром 0,5 см с уплотнением в основании, безболезненная. Из препуциального мешка обильные гнойные выделения. П/ч имеет вид колокола. При пальпации на спинке п/ч обнаруживается плотный лимфатический тяж (лимфангоит). Увеличены паховые лимфоузлы с обеих сторон, безболезненные, плотноэластической консистенции.

1. Предварительный диагноз.
2. Лаб. исследования, необходимые для установления окончательного диагноза.
3. Окончательный диагноз при обнаружении бледной трепонемы, отрицательной РВ.
4. Необходимые лечебные и противоэпидемические мероприятия.

Ответы.

Задача 1. Первичный сифилис.

1. Какие лекарственные средства принимал больной внутрь и наружно в течение этого месяца? Когда было последнее половое сношение с женой? Имел ли больной половые сношения с другими лицами в течение последних 2-3 месяцев и когда?
2. Имеется ли инфильтрат в основании язвы? Состояние регионарных (паховых) лимфоузлов.
3. Исследования на бледную трепонему, РВ, РИФ.
4. Первичный серонегативный сифилис. Эрозивный шанкр на внутреннем листке крайней плоти, регионарный склераденит.

5. Взять предупреждение; составить извещения ф.089-У; начать амб. лечение или направить в стационар; обследовать жену. При отсутствии у нее проявлений сифилиса, отрицательной РВ провести ей превентивное лечение. Принять все меры к розыску и обследованию женщины, с которой была половая связь.

Задача 2. Катаральная ангина, хронический тонзиллит, шанкр-амигдалит (первичный сифилис).

1. Принимала ли лекарства в течение этого месяца?
2. Исследование крови на реакцию микропреципитации.
3. В сопровождении медсестры направить больную к венерологу для обследования на сифилис.
4. Исследование крови на РВ, РИФ при отрицательной РВ.
5. Первичный серопозитивный сифилис, шанкр-амигдалит, подчелюстной склераденит.

Задача 3. Первичный сифилис. Твердый шанкр. Фимоз. Лимфангоит. Регионарный склераденит.

1. Исследования отделяемого язвы на бледную трепонему, крови на РВ и РИФ, пунктата лимфоузлов на бледную трепонему.
2. Первичный серонегативный сифилис. Язвенный твердый шанкр, осложненный фимозом. Лимфангоит, регионарный паховый склераденит.
3. Госпитализировать больного в стационар или назначить лечение амбулаторно; разыскать и обследовать источник заражения.

Вторичный период сифилиса.

Цель: изучить клинические проявления вторичного сифилиса на коже и слизистых оболочках, дифференциальный диагноз.

Перечень понятий:

1. Проявляется на 75-90 сутки с момента заражения
2. Предшествует вторичному периоду продромальный период
3. Полиморфизм высыпаний заключается в наличии розеолезной, папулезной и пустулезной сыпи
4. Выделяют вторичный свежий и вторичный рецидивный сифилис
5. Проявления сифилиса на слизистых оболочках
6. Реакция Герксгеймера

Вопросы к занятию:

1. Продромальный период
2. Общая характеристика высыпаний
3. Вторичный свежий сифилис
4. Вторичный рецидивный сифилис
5. Проявления вторичного сифилиса на слизистых
6. Дифференциальный диагноз (псориаз, клл, скабиозная лимфоплазия, гнездная алопеция)

Вопросы для самоконтроля:

1. Особенности течения вторичного периода сифилиса.
2. В чем отличие вторичного свежего сифилиса от вторичного рецидивного?
3. Вторичный скрытый сифилис.
4. Клинические разновидности розеолы
5. Клинические формы папулезного сифилида.

6. Клинические формы пустулезного сифилида
7. Злокачественный сифилис у алкоголиков.
8. Виды сифилитической алопеции?
9. Что такое симптом Рауцеда?
10. Сифилитическая лейкодерма, ее клинические формы
11. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз сифилитической лейкодермы?
12. Клинические проявления поражения внутренних органов, нервной системы, костей, суставов.

Ситуационные задачи:

Задача 1. На амбулаторном приеме врача-терапевта ЦРБ у пациента на коже туловища, плеч и бедер обнаружена обильная пятнистая бледно-розовая сыпь. Пятна одинаковой величины 4-5 мм в диаметре, исчезают при витропрессии. Сыпь отсутствует на коже лица, кистей, стоп. Больной утверждает, что сыпь видит впервые, и никаких ощущений она у него не вызывает.

1. На что следует обратить внимание при осмотре больного?
2. Необходимые исследования для установления диагноза.
3. Мероприятия, которые должен осуществить врач-терапевт в данном случае.
4. При получении положительной РВ какой диагноз выявлен у больного?

Задача 2. К врачу сельской участковой больницы обратилась женщина 27 лет с жалобами на выпадение волос. При осмотре обнаружено значительное поредение волос за счет числа мелких (величиной до копейки) очажков облысения. В очагах покраснение кожи, шелушение и «пеньки» отсутствуют. Одновременно врач обратил внимание на осиплость голоса у больной. Больная пояснила, что лихорадки и болей она не испытывает.

1. Ваша тактика дальнейшего осмотра больной.
2. Необходимые исследования.
3. Какие данные анамнеза будут Вас интересовать?
4. Лечебно-профилактические мероприятия при получении положительной микрореакции.
5. Развернутый клинический диагноз.
6. Лечебно-профилактические мероприятия.

Задача 3. У больной, госпитализированной в хирургическое отделение с диагнозом геморрой, при осмотре обнаружили на коже вокруг ануса узелковые высыпания величиной от горошины до лесного ореха. Узелки темно-красной окраски, поверхность их влажная, мацерирована, покрыта налетом серого цвета. При пальпации узелки безболезненные, плотные. Больная незамужем, имеет беспорядочные половые связи с малознакомыми лицами.

1. О каких заболеваниях можно подумать?
2. Исследование, которое должен сделать врач-хирург.
3. Тактика врача-хирурга.
4. Что должен сделать для установления диагноза врач-хирург?
5. Какова диф. диагностика высыпаний в анальной области при вторичном рецидивном сифилисе и других заболеваниях?
6. Заключительный диагноз при положительной РВ.

Задача 4. От участкового врача к венерологу была направлена женщина 35 лет. Из анамнеза удалось выяснить, что в течение 7 дней ее беспокоят недомогание, слабость, иногда озноб и головная боль. Температура у больной 37,6°C. По совету мужа приняла 3 таблетки тетрациклина. Ночью усилились слабость, головная боль, появились боли в

суставах. Утром состояние вполне удовлетворительное, однако на коже туловища и верхних конечностей появилась обильная, розовой окраски сыпь. Субъективных ощущений нет. При осмотре: температура 36,6°C, тоны сердца чистые, шумов нет, дыхание свободное, везикулярное. Язык чистый, влажный. В области небных дужек ограниченная синюшная гиперемия, без гнойного налета. На боковых поверхностях туловища, верхних конечностях имеются обильные, симметрично расположенные пятна розового цвета, с 1-копеечную монету, без шелушения и склонности к слиянию. Субъективных ощущений сыпь не вызывает.

1. О каких заболеваниях можно подумать?
2. На что надо обратить внимание при осмотре больной?
3. Необходимые исследования для установления диагноза.
4. Развернутый клин. диагноз при положительной РВ.
5. Лечебно-профилактические мероприятия.

Задача 5. На мед. осмотре у венеролога в районной поликлинике у женщины, работающей на пищеблоке, кровь на РВ оказалась резко положительной. При осмотре кожных покровов и слизистых венеролог проявлений сифилиса не обнаружил, лимфоузлы не увеличены. Из анамнеза выяснилось, что у женщины 3 месяца назад сильно выпадали волосы, были какие-то высыпания на ладонях. Ко врачу не обращалась. Внебрачные половые связи отрицает. Замужем. Муж часто ездит в командировки.

1. Ваша тактика в отношении дальнейшего обследования больной.
2. Окончательный диагноз при положительной РИФ.

Ответы.

Задача 1. Имеется ли шелушение на пятнах? Имеются ли проявления первичного сифилиса? Какие высыпания имеются еще у больного, особенно на половых органах, в межъягодичной складке, на слизистых рта? Полиаденит.

1. РВ.
2. Направить больного в вен. кабинет в сопровождении медсестры.
3. Вторичный свежий сифилис. Свежая розеола.
4. Взять предупреждение; составить извещение ф.089-У; назначить лечение больному амбулаторно или направить в вен. отделение; выяснить и обследовать половые и бытовые контакты больного, назначить превентивное лечение контактными лицам; выявить и привлечь к лечению больного, явившегося источником заражения пациента.

Задача 2. Осмотреть кожные покровы и слизистые, особенно половых органов и промежности, для выявления других симптомов вторичного сифилиса.

1. РВ и микропреципитации.
2. Половые и бытовые контакты больной.
3. Направить больную к венерологу.
4. Вторичный рецидивный сифилис (мелкоочаговая алопеция, рауцедо).
5. Назначить лечение амбулаторно или направить в вен. отделение; обследовать половые и бытовые контакты. Назначить превентивное лечение контактными лицам при наличии показаний.

Задача 3. При локализации узелковых высыпаний в анальной области можно думать о заболеваниях различной этиологии: геморрое, остроконечных кондиломах, контактиозном моллюске, сифилисе и др.

1. Необходимо осмотреть больного, т.к. признаки сифилиса могут встретиться на любом участке кожного покрова и слизистых. Исследовать кровь на реакцию микропреципитации.
2. При положительной реакции микропреципитации направить больную к венерологу.

3. Осмотреть все кожные покровы и видимые слизистые, пропальпировать лимфоузлы и взять кровь на РВ.
4. При вторичном рецидивном сифилисе также могут наблюдаться узелковые высыпания в области ануса:
геморроидальные узлы, которые образуются вследствие выпячивания слизистой оболочки, не имеют такой плотности и опалового цвета по сравнению с имеющимися у больного элементами. Поверхность их гладкая, при пальпации они болезненные, часто кровоточат,
остроконечные кондиломы, имеющие вирусную природу и возникающие в результате раздражения, располагаются на тонкой ножке. Они состоят из мелких долек и напоминают петушиный гребень,
при контактировании моллюска – узелки сероватого цвета с перламутровым отблеском и гладкой поверхностью. В центре узелка – пупкообразное вдавление. При сдавливании элемента выделяется густая творожистая масса.
5. Вторичный рецидивный сифилис (широкие кондиломы перианальной области).

Задача 4. Описанная клин. картина может встречаться при многих заболеваниях различной этиологии: ангинах, ОРЗ, токсидермиях, инфекционных заболеваниях (брюшном тифе и др.), вторичном свежем сифилисе.

1. Имеются ли другие высыпания на коже у больного, особенно на половых органах, на слизистой рта? Полиаденит? Имеются ли проявления первичного сифилиса?
2. Исследование крови на РВ.
3. Вторичный свежий сифилис. Свежая розеола. Эритематозная ангина.
4. Назначить лечение больному амбулаторно или направить в вен. отделение; составить извещение ф.089-У; выяснить и обследовать половые и бытовые контакты. По показаниям назначить им превентивное лечение.

Задача 5. Повторить исследование крови на РВ, исследовать кровь на РИФ; обследовать мужа (конфронтация); обследовать женщину на висцеральный и нейросифилис.

1. Ранний скрытый сифилис.

Третичный период сифилиса.

Цель: усвоить причины развития, клинические проявления, течение, дифференциальный диагноз третичного периода сифилиса.

Перечень понятий:

1. Развивается через 3-5 лет после заражения.
2. Условия развития третичного сифилиса.
3. Выделяют активный и скрытый третичный сифилис.
4. К проявлениям активного третичного сифилиса относят бугорки, гуммы, третичную розеолу.

Вопросы к занятию:

1. Условия развития третичного сифилиса.
2. Бугорковый сифилис, его клинические формы.
3. Гуммозный сифилис, его клинические формы.
4. Дифференциальный диагноз.

Вопросы для самоконтроля:

1. Факторы, способствующие переходу заболевания в третичный период и его особенности.

2. Как характеризуются сифилиды третичного периода?
3. Чем отличается серпенгинирующий бугорковый сифилид от сгруппированного?
4. Какие варианты разрешения бугоркового сифилида?
5. Как проявляется карликовый бугорковый сифилид?
6. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
7. Что такое гуммозные инфильтрации?
8. Поражение слизистых, костей, суставов, внутренних органов, нервной системы при третичном сифилисе.
9. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз при гуммозном сифилисе?

Врожденный сифилис и его профилактика.

Цель: усвоить пути передачи сифилитической инфекции потомству, клиническую картину, диагностику, профилактику врожденного сифилиса.

Перечень понятий:

1. Развитие врожденного сифилиса связано только с передачей возбудителя через плаценту.
2. Случаи заражения сифилисом во время прохождения по родовым путям с возникновением твердого шанкра относят к приобретенному сифилису.

Вопросы к занятию:

1. Классификация врожденного сифилиса.
2. Сифилис плода.
3. Ранний врожденный сифилис.
4. Поздний врожденный сифилис.

Вопросы для самоконтроля:

1. Пути передачи сифилитической инфекции плоду.
2. Классификация сифилиса.
3. Клинические проявления сифилиса плода.
4. На какие сутки развивается сифилитическая пузырчатка?
5. Особенности папулезного сифилида при раннем врожденном сифилисе?
6. Клинические проявления позднего врожденного сифилиса.
7. Диагностика скрытого врожденного сифилиса.
8. Профилактика врожденного сифилиса.
9. Тактика врача при выявлении у беременных положительных серологических реакций на сифилис.
10. Показания к профилактическому лечению беременных.
11. Показания к специфическому профилактическому лечению новорожденных.

Ситуационные задачи:

Задача 1. На прием обратилась женщина с 4-месячным сыном. Ребенок ослаблен, тяжело дышит носом. Ноздри заполнены кровянистыми корками, из носа выделяется сукровичная жидкость. Вокруг рта кожа уплотнена с глубокими радиарными трещинами и покрыта влажными корками. На коже тела много розово-синюшных плотных папул, большей частью эрозированных.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Наличие каких симптомов надо проверить у больного ребенка?
3. Необходимые исследования.

4. У каких врачей надо проконсультировать ребенка?
5. План дальнейших действий.

Задача 2. Ребенок 2-х лет поступил в детскую клинику, куда на консультацию был вызван дерматолог. Мальчик родился в срок весом 2900 г, развивался удовлетворительно. Четыре месяца назад во рту появились язвочки, которые потом без лечения исчезли. Спустя 2 недели на голове стали выпадать волосы, в анальной области появились узелки с бородавчатыми разрастаниями. Реакция микропреципитации положительная.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Наличие каких симптомов надо проверить у больного ребенка?
3. Необходимые исследования для подтверждения диагноза.
4. План дальнейших действий.

Задача 3. В поликлинику на прием к врачу-дерматологу обратилась женщина с 2-летней дочерью, у которой на коже половых органов, ягодицах выявлены эрозивные и мокнущие папулы. В области заднего прохода широкие кондиломы. На слизистой губ, щек, на языке, в углах рта эрозивные лентикулярные папулы. В области большеберцовых костей пальпируются ограниченные болезненные плотные, веретенообразные инфильтраты, беспокоящие ребенка по ночам.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Необходимые исследования для подтверждения диагноза.
3. Как поступить с ребенком?
4. Как поступить с остальными членами семьи?

Задача 4. От лор-врача к Вам направлена женщина 22-х лет. Анамнез ее заболевания следующий: впервые обратила внимание на неприятные ощущения в горле при глотании и на увеличение справа миндалины 2 месяца назад, самостоятельно полоскала горло раствором соды. Через неделю увеличились подчелюстные лимфоузлы. Затем она обратилась к врачу по месту работы, который поставил диагноз обострение хронического тонзиллита и назначил УВЧ, полоскания фурацилином и инъекции пенициллина. Через 6 часов после первой инъекции у больной появился озноб, повысилась температура до 39°C, на коже туловища появилась обильная пятнистая сыпь. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. В зеве значительно увеличенная миндалина справа, синюшно-красного цвета. Гнойного налета нет. Подчелюстные лимфоузлы увеличены справа до размера фасоли, плотноэластической консистенции, безболезненные. На коже груди, живота обильная, розового цвета, диаметром 4-5 мм пятнистая сыпь. Шелушения нет.

1. Есть ли необходимость уточнить анамнез заболевания?
2. При каких заболеваниях может быть данная клин. картина?
3. Какое из исследований необходимо провести больной в первую очередь?
4. Когда вероятнее всего произошло заражение?
5. Заключительный развернутый диагноз при получении положительной МР.
6. Необходимые лечебно-профилактические мероприятия.

Ответы

Задача 1. Ранний врожденный сифилис грудного возраста.

1. Симптомов, характерных для раннего врожденного сифилиса грудного возраста: диффузная инфильтрация в складках промежности, на ладонях и подошвах. Наличие других сыпей (розеолы, сифилитической пузырчатки). Состояние волос, ногтей, ногтевых валиков. Деформация черепа. Симптомы менингита и энцефалита. Наличие папул на слизистой рта. Исключить сифилитическую пневмонию. Состояние печени

и селезенки. Определить состояние костной системы, особенно хрящей роста длинных трубчатых костей. Исследовать кровь и мочу.

2. Кровь на МР и РИФ, рентгенографию костей и конечностей.
3. У педиатра, дерматовенеролога, невропатолога, отоларинголога, окулиста.
4. Осмотреть мать на наличие симптомов сифилиса; госпитализировать немедленно в вен. отделение больного ребенка и мать; исследовать кровь на РВ у матери; обследовать всех членов семьи, выявить источник заражения матери; выяснить результаты клин. и серологического обследования матери в женской консультации в период беременности.

Задача 2. Врожденный сифилис раннего детского возраста.

1. Симптомы, которые могут быть при врожденном сифилисе раннего детского возраста: папулы половых органов, ягодиц, конечностей, широкие кондиломы, эрозивные папулы складок, слизистой полости рта, алоpecia, на рентгенограмме периоститы большеберцовых костей или явления остеосклероза.
2. Исследовать кровь на МР и РИФ.
3. Госпитализировать мать и ребенка в вен. отделение; осмотреть мать на наличие сифилиса; исследовать кровь на МР и РИФ у матери; обследовать всех членов семьи; выявить источник заражения матери; выяснить результаты клин. и серологического обследования матери в женской консультации в период беременности.

Задача 3. Врожденный сифилис раннего детского возраста.

1. Обследовать мать на наличие сифилиса; исследовать кровь на МР и РИФ у ребенка; обследовать всех членов семьи; выявить источник заражения матери; уточнить результаты клин. и серологического обследования матери в женской консультации в 1 и 2 половину беременности; рентгенография длинных трубчатых костей и костей свода черепа.
2. Немедленно госпитализировать мать и ребенка в вен. отделение.
3. Обследовать бытовые контакты. При наличии детей в семье при отсутствии проявлений сифилиса у них и отрицательной МР провести им превентивное лечение.

Задача 4. Необходимо выяснить семейное положение больной и половые контакты.

1. Вторичный свежий сифилис, токсидермия, коревая краснуха, розовый лишай.
2. Исследование крови на МР.
3. 11-13 недель назад.
4. Вторичный свежий сифилис. Шанкр-амигдалит. Регионарный подчелюстной склераденит. Свежая розеола.
5. Обследовать бытовые и половые контакты. Выявить и пролечить источник заражения. Половым контактам за последние 2 месяца провести превентивное лечение.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.- 335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Молочков В.А., Иванов О.Л. Инфекции, передаваемые половым путем: клиника, диагностика, лечение. М. Медицина, 2006.- 631с.
4. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.

Дополнительная литература:

1. Бутов Ю.С. Кожные болезни и инфекций, передающиеся половым путем. М. Медицина, 2002.-400с.
2. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. Кубановой А.А. М.ДЭКС-Пресс, 2007.-300с.
3. Самцов А.В. Заразные дерматозы и венерические болезни. Современные методы лечения, Спб « Спецлит-ра», 1997.-139с.
4. Самцов А.В. Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении. Спб, Спецлит, 2006.-125с.
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Инфекции, передаваемые половым путем. М. Медпресс, 1999.- 363с.

Тема 3: Серодиагностика сифилиса.

Цель: изучить методы визуализации бледной трепонемы и серологические тесты, необходимые для диагностики сифилиса

Перечень понятий:

1. Визуализация бледных трепонем
2. Трепонемные и нетрепонемные серологические тесты
3. Принцип метода
4. Клиническое значение серологических реакций

Вопросы к занятию:

1. Классификация тестов
2. Прямая визуализация бледных трепонем
3. Нетрепонемные тесты
4. Трепонемные тесты
5. Отборочные и подтверждающие тесты
6. Ложноположительные и ложноотрицательные реакции

Вопросы для самоконтроля:

1. В каких случаях неприменима прямая визуализация бледных трепонем?
2. Почему серологическая диагностика более приемлема?
3. Какие реакции относятся к нетрепонемным тестам?
4. Принцип метода реакции Вассермана
5. Что положительного и отрицательного в микрореакции преципитации?
6. Как проводится оценка результатов реакции Вассермана?
7. Принцип реакции иммобилизации бледных трепонем
8. Клиническая оценка РИБТ
9. В чем принцип РИФ, ИФА, РПГА?
10. Какой диагностический алгоритм существует при постановке диагноза «Сифилис»?
11. дифференциальный диагноз ложноположительных и ложноотрицательных ответов.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.- 335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Молочков В.А., Иванов О.Л. Инфекции, передаваемые половым путем: клиника, диагностика, лечение. М. Медицина, 2006.- 631с.
4. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.

5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.

Дополнительная литература:

1. Бутов Ю.С. Кожные болезни и инфекций, передающиеся половым путем. М. Медицина, 2002.-400с.
2. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. Кубановой А.А. М.ДЭКС-Пресс, 2007.-300с.
3. Самцов А.В. Заразные дерматозы и венерические болезни. Современные методы лечения, СПб « Спец.лит-ра», 1997.-139с.
4. Самцов А.В. Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении. СПб, Спецлит, 2006.-125с.
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Инфекции, передаваемые половым путем. М. Медпресс, 1999.- 363с.

Тема 4: Лечение и профилактика сифилиса. Деонтология в венерологии.

Цель: изучить основные противосифилитические лекарственные средства, механизм действия, дозировку, методы введения, осложнения, противопоказания

Перечень понятий:

1. Базисные препараты
2. Альтернативные препараты
3. Специфическое лечение
4. Превентивное лечение
5. Пробное лечение
6. Профилактическое лечение
7. Эпидемиологическое лечение
8. Методики лечения

Вопросы к занятию:

Базисные препараты пенициллина: дюрантные, средней дюрантности, комбинированные, водорастворимый пенициллин

Альтернативные препараты: полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, тетрациклины, макролиды

Виды лечений: специфическое, превентивное, профилактическое, пробное, эпидемиологическое

Методики лечения пенициллинами первичного, вторичного и третичного сифилиса

Методики лечения врожденного сифилиса. Расчет дозировки

Методики превентивного лечения

Альтернативные схемы лечения

Вопросы для самоконтроля:

1. Характеристика основных противосифилитических лекарственных средств, дозировки, методы введения.
2. Превентивное лечение сифилиса.
3. Лечение больных первичным сифилисом.
4. Лечение больных вторичным и ранним скрытым сифилисом.
5. Лечение больных ранним висцеральным и нейросифилисом.
6. Принципы лечения больных сифилисом с сопутствующими другими ЗППП.
7. Лечение больных третичным и скрытым поздним сифилисом.
8. Лечение больных поздним висцеральным и нейросифилисом.

9. Резервные (альтернативные) методы лечения сифилиса.
10. Специфическое лечение беременных при сроке до и более 20 недель.
11. Профилактическое лечение беременных.
12. Лечение и профилактика сифилиса у детей (лечение раннего врожденного сифилиса с учетом патологии в ликворе), позднего врожденного сифилиса, приобретенного.
13. Клинико-серологический контроль после окончания лечения.
14. Снятие с учета.
15. Индивидуальная профилактика ИППП.
16. Эффективность использования методов.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.- 335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Молочков В.А., Иванов О.Л. Инфекции, передаваемые половым путем: клиника, диагностика, лечение. М. Медицина, 2006.- 631с.
4. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.

Дополнительная литература:

1. Бутов Ю.С. Кожные болезни и инфекций, передающиеся половым путем. М. Медицина, 2002.-400с.
2. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. Кубановой А.А. М.ДЭКС-Пресс, 2007.-300с.
3. Самцов А.В. Заразные дерматозы и венерические болезни. Современные методы лечения, Спб « Спецлит-ра», 1997.-139с.
4. Самцов А.В. Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении. Спб, Спецлит, 2006.-125с.
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Инфекции, передаваемые половым путем. М. Медпресс, 1999.- 363с.

Раздел 5. Инфекции, передаваемые половым путем.

Тема 1: Гонорейные вульвовагиниты у девочек.

Цель: познакомиться с путями заражения, классификацией, клиникой, осложнениями, диагностикой гонорейных уретритов и вульвовагинитов. Изучить методы обследования и лечения больных.

Перечень понятий:

Механизм заражения
Пути распространения гонококковой инфекции
Классификация гонококковой инфекции

Вопросы к занятию:

1. Анатомия половых органов у мальчиков и девочек
2. Морфология и биология гонококка
3. Лабораторная диагностика
4. Пути заражения
5. Классификация гонореи

6. Клиника свежего острого, подострого переднего и тотального уретрита
7. Клиника хронического гонорейного уретрита
8. Варранты течения вульвовагинитов
9. Осложнения гонореи
10. Лечение в зависимости от веса и возраста.
11. Лечение осложненного гонорейного уретрита, вульвовагинита
12. Установление излеченности гонореи.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какой эпителий покрывает уретру?
2. Строение предстательной железы
3. Что такое сперматоцистит?
4. Какие клинические формы острого простатита?
5. Классификация гонореи.
6. В чем отличие в клинической картине острого и подострого гонорейного уретрита?
7. Особенности течения хронического гонорейного уретрита
8. Какие препараты используются для лечения гонорейного уретрита
9. Лечение гонорейного орхоэпидидимита
10. Что такое суспензорий?
11. Установление излеченности гонореи у мужчин.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Пациент Н., 22 лет, вызван как предполагаемый источник заражения гонореей больной М., половая связь с которой была более 2-х месяцев назад. Жалоб Н. Не предъявляет, кроме чувства дискомфорта в промежности. Объективно: наружные половые органы развиты правильно. Губки уретры не воспалены, выделений свободных нет. Наблюдается склеенность губок уретры. Органы мошонки без патологии. Паховые лимфоузлы не пальпируются. Моча: 1 порция – с нитями в виде запятых, 2 порция – с единичными нитями. В мазках обнаружен гонококк. При обследовании предстательной железы выявлено ее увеличение, болезненность. При микроскопии сока предстательной железы: лейкоциты – 40 в п/з, лецитиновые зерна единичные.

1. Ваш клинический диагноз.
2. Необходимые дополнительные исследования.
3. Лечение.

Задача 2. На прием к венерологу обратился пациент 24 лет с жалобами на боли в области правого яичка, повышение температуры до 38°C. Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад была случайная половая связь. Через 5-6 дней появились выделения из уретры слизистого характера, жжение в уретре. Выделения и жжение через неделю прекратились. Боли в мошонке появились сутки назад, повысилась температура. Объективно: температура 38°C. Наружные половые органы развиты правильно. Губки уретры не воспалены, склеены. После массажа уретры выделяется капля слизистого характера. Мошонка увеличена, кожа ее напряжена, гиперемирована. Придаток правого яичка увеличен, охватывает яичко сверху, сзади и снизу, плотный, болезненный. Паховые лимфоузлы справа увеличены до 1,5 см в диаметре, болезненные, мягкие. Моча: 1 порция – с нитями в виде запятых, 2 порция – с нитями. В мазках обнаружен гонококк.

1. Ваш клин. диагноз.
2. Необходимые дополнительные исследования.
3. Лечение.

Задача 3. На прием к венерологу обратился больной 22 лет с жалобами на обильные гнойные выделения из уретры, желтого цвета, частые позывы на мочеиспускание, жжение в уретре. При осмотре: наружные половые органы развиты правильно. Губки уретры гиперемированы, отечны, выделения из уретры обильные, желтого цвета. Органы мошонки без патологии. Паховые лимфоузлы не увеличены. Двухстаканная проба: 1 – мутная, 2 – с нитями. В мазках обнаружен гонококк.

1. Ваш клинический диагноз.
2. Необходимые дополнительные исследования.
3. Лечение.

Задача 4. На амбулаторный прием к гинекологу обратилась девочка 13 лет. Из анамнеза известно, что менструации с 12 лет, регулярные. Половой жизнью не живет. Спит в одной постели с младшей сестрой. Болеет около месяца. При осмотре: кожа больших и малых половых губ, слизистая преддверия влагалища, клитор и девственная плева отечны, гиперемированы. Выделения обильные, слизисто-гнойные.

1. Дополнительные исследования, необходимые для уточнения диагноза.
2. Ваш диагноз.
3. Ваши назначения больной.

Задача 5. В стационар поступила больная 15 лет для обследования и уточнения диагноза. Жалобы на незначительные выделения из половой щели, боли в низу живота и боли при мочеиспускании. Не лечилась. Кровь на РВ отрицательная. Живет половой жизнью 4 месяца. Болеет 4 месяца. При осмотре: губки уретры отечны, при надавливании на заднюю стенку уретры через влагалище из наружного отверстия появляется гнойное отделяемое.

1. Исследования, необходимые больной.
2. Ваш диагноз.
3. Рекомендации и лечение.

Задача 6. По словам матери у девочек 2-х лет периодически возникает зуд и желто-зеленые выделения в небольшом количестве из половых органов. Болеет месяц. В мазках и посевах обнаружены гонококки Нейсера. Мать с дочерью госпитализированы. У матери после провокаций с последующим взятием мазков и посевов Нейсера выявить не удалось. Однако после 6 инъекций гоновакцины в мазке из цервикального канала лейкоциты 40-60 в п/з и выявлены трихомонады.

1. Диагноз у ребенка.
2. Препарат выбора, разовая и курсовая дозы.
3. Может ли мать в данном случае быть источником гонореи?
4. Дальнейшая тактика по лечению матери.
5. Дальнейшая тактика в отношении ребенка.

Задача 7. По словам матери, у девочки 2 года 6 месяцев в течение 3-х месяцев периодически возникает зуд в области половых органов и желто-зеленые выделения. При осмотре: в области преддверия влагалища – гиперемия, особенно на гребнях больших половых губ, свободных выделений гнойного характера немного.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие методы обследования необходимы для уточнения этиологического диагноза? В чем отличие от обследования взрослых?
3. Что недостаточно собрано в анамнезе?
4. Препарат выбора, разовая и курсовая дозы.
- 5.

Задача 8. В стационаре ОККВД обследуется девочка, 2 года 5 месяцев, вместе с матерью по поводу того, что в течение 1,5 месяцев у ребенка появляется периодический зуд и в небольшом количестве желто-зеленые выделения из половых органов. В мазке у ребенка лейкоциты 15-20 в п/з, много слизи, множество грамположительных кокков. В мазке и методом ПЦР хламидии и трихомонады не выявлены. Кроме того, в соскобе перианальной области выявлены яйца остриц. Мать также обследована: в мазках лейкоцитов 6-8 в п/з, в посеве – роста нет.

Обследован отец ребенка, ИППП также не выявлены.

1. Ваш диагноз.
2. Следует ли дальше проводить обследование на ЗППП?
3. Какова этиология вульвовагинита?
4. Ваше лечение.

Ответы

Задача 1. Хронический гонорейный уретрит, осложненный простатитом.

1. Мазки на гонококки, хламидии, трихомонады, гарднереллы.
2. Антибиотики в курсовой дозе, предусмотренные инструкцией.
- 3.

Задача 2. Свежий торпидный тотальный гонорейный уретрит, осложненный правосторонним эпидидимитом, правосторонним лимфаденитом.

1. Кровь на МР, ИФА, ВИЧ. Мазки на хламидии, трихомонады, гарднереллы.
2. Госпитализация. Анальгетики, цефтриаксон, УВЧ, суспензий, затем специфическая терапия.

Задача 3. Свежий острый тотальный гонорейный уретрит.

1. Кровь на РВ, ВИЧ. Мазки на хламидии, трихомонады, гарднереллы.
2. Антибиотики в курсовой дозе, предусмотренной инструкцией.

Задача 4.

1. Микроскопический посев на гонококк Нейсера.
2. Свежий острый вульвовагинит.
3. Пенициллин по 200 тыс ЕД в/м через 4 часа, на курс 3,6 млн ЕД.

Задача 5.

1. Микроскопия, посев на гонококк Нейсера.
2. Хронический вульвовагинит.
3. Пенициллин по 200 тыс ЕД через 4 часа, на курс 4,2 млн ЕД.

Задача 6.

1. Свежий острый вульвовагинит.
2. Пенициллин по 200 тыс ЕД через 4 часа, на курс 3,6 млн ЕД.
3. Противопоказана.
4. Может, т.к. гонококки могут быть фагоцитированы трихомонадами и в мазках и посеве не выявляться.
5. Лечить, как хроническую гонорею (но с диагнозом пролеченная по гонорее).
6. Проводится 3 провокации и 3 посева (1 раз в 10 дней). Если результаты отрицательные, то снимают с учета и допускают в детсад.

Задача 7.

1. Вульвовагинит.

2. Микроскопия – посев. Отличие в том, что если найден в мазке, то диагноз гонорейный вульвовагинит у ребенка ставить нельзя, обязательно нужно подтверждение в посеве.
3. Эпиданамнез.
4. Пенициллин по 200 тыс ЕД в/м через 4 часа, на курс 4,2 млн
5. Противопоказана из-за возраста.

Задача 8.

1. Вульвовагинит.
2. Не следует.
3. Энтеробиоз.
4. Лечение энтеробиоза.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.- 335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Молочков В.А., Иванов О.Л. Инфекции, передаваемые половым путем: клиника, диагностика, лечение. М. Медицина, 2006.- 631с.
4. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.

Дополнительная литература:

1. Бутов Ю.С. Кожные болезни и инфекций, передающиеся половым путем. М. Медицина, 2002.-400с.
2. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. Кубановой А.А. М.ДЭКС-Пресс, 2007.-300с.
3. Самцов А.В. Заразные дерматозы и венерические болезни. Современные методы лечения, Спб « Спец.лит-ра», 1997.-139с.
4. Самцов А.В. Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении. Спб, Спецлит, 2006.-125с.
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Инфекции, передаваемые половым путем. М. Медпресс, 1999.- 363с.

Тема 2: Негонорейные уретриты (трихомониаз, хламидиоз).

Цель: познакомиться с путями заражения, классификацией, клиникой, осложнениями, диагностикой негонококковых уретритов у мужчин. Изучить методы обследования и лечения больных.

Перечень понятий:

Механизм заражения
Пути распространения инфекции
Жизненный цикл
Классификация гонококковой инфекции

Вопросы к занятию:

1. Трихомониаз
2. Хламидиоз

3. Микоплазмоз
4. Генитальный герпес
5. Аногенитальные бородавки
6. Бактериальный вагиноз.

Вопросы для самоконтроля:

1. Морфология *Trichomonas vaginalis*
2. Жизненный цикл *Ch. Trachomatis*
3. Осложнения генитального герпеса
4. Лечение аногенитальных бородавок
5. Клиническая картина хламидийного уретрита
6. При каких условиях возможно развитие кондиломатоза
7. Осложнения хламидийного уретрита
8. Возможен ли симбиоз гонококка и трихомонады?
9. Особенность клиники трихомонадного уретрита.
10. Какие критерии необходимы для установления диагноза «Бактериальный вагиноз»?

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Справочник. 2е издание. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2007.- 335с.
2. Кожные и венерические болезни. Учебник для студентов мед вузов. Под ред. Иванова О.Л. М. Медицина, 2002.-477с.
3. Молочков В.А., Иванов О.Л. Инфекции, передаваемые половым путем: клиника, диагностика, лечение. М. Медицина, 2006.- 631с.
4. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.

Дополнительная литература:

1. Бутов Ю.С. Кожные болезни и инфекций, передающиеся половым путем. М. Медицина, 2002.-400с.
2. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. Кубановой А.А. М.ДЭКС-Пресс, 2007.-300с.
3. Самцов А.В. Заразные дерматозы и венерические болезни. Современные методы лечения, Спб « Спецлит-ра», 1997.-139с.
4. Самцов А.В. Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении. Спб, Спецлит, 2006.-125с.
5. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Инфекции, передаваемые половым путем. М. Медпресс, 1999.- 363с.

Тема: КУРАЦИЯ.

Цель: научить студентов обследовать курируемых больных, выработать у них навыки по сбору анамнеза, описанию состояния больного, назначению рационального лечения, самостоятельной перевязке курируемого больного.

Перечень понятий:

1. Схема обследования кожного пациента.
2. Последовательность сбора анамнеза.
3. Правильное описание состояния пациента.
4. Обоснование диагноза болезни.
5. Обоснование лечения применительно к данному пациенту
6. Этиология и патогенез у курируемого пациента.

Вопросы к занятию:

Особенности сбора анамнеза у кожных больных
Описание клинической картины заболевания
Проведение дифференциального диагноза
Назначение лечения соответственно стадии заболевания

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие факторы способствовали заболеванию у данного больного (условия быта, питания, болезни, перенесенные в прошлом)?
2. Какие особенности клинического течения болезни у курируемого больного?
3. Этиология и патогенез данного заболевания.
4. Какой объем обследования необходим для подтверждения диагноза?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
6. Какие современные методы общего и наружного лечения применительно к данному больному?
7. Какие меры профилактики необходимы для предотвращения рецидивов заболевания?

Основная литература:

1. Козорез Е.Е. Кожные и венерические заболевания(уч. пособие для студ.)М.Владос-пресс,2005.-173с.
2. Самцов А.В., Барбинов В.В. Кожные и венерические болезни. Спб, «Элви» 2002.- 313с.
3. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. М «Гэотар-Медиа», 2007.- 543с.
4. Хэбиф Томас.П. Кожные болезни: диагностика и лечение. М, Медпресс-информ, 2006.- 671с.

Дополнительная литература:

1. Адаскевич В.П. Неотложная дерматология (руководство) М. «Триада-фарм»,2001.- 196с.
2. Ананьев О.Л. Кожные и венерические заболевания(справочник)М. Эксмо,2005.-605с.
3. Айзятупов Р.Ф. Клиническая дерматология. Донецк: Донеччина, 2002.-432с.

4. Виленчик Б.Т. Кожные и венерические болезни(уч. пособие). Ростов-н/Д, Феникс, 2002.-224с.
5. Дядькин В.Ю. Справочник по кожным и венерическим болезням для врачей общей практики. Казань, Медлитература, 2006.-319с.
6. Краснюк И.И. Лечебно-косметические средства. М. Academia, 2006.-236с.
7. Пальцев М.А., Потекаев Н.Н, Казанцева И.А., Кряжева С.С. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи. Рук-во для врачей. М.Медицина, 2005.- 428с.
8. Сан Элинон Е. Дерматология.(под ред. Потекаева Н.С.).М, Бином, Спб,2001.-271с.
9. Ужегов Г.Н. Болезни кожи. Профилактика и лечение. Ростов-н/Д, Феникс,2003.-384с.
10. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В., Белугина И.Н. Дерматологический справочник. Минск, Беларуская навука, 2001.- 734с.

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.

Паспортная часть.

Фамилия, имя, отчество. Возраст. Пол. Семейное положение. Профессия. Место работы. Стаж. Место жительства.

Жалобы.

Выяснить жалобы больного (субъективные ощущения: зуд, боль, жжение, парестезии и др. Отражается ли заболевание на общем самочувствии больного).

Анамнез болезни.

Установить начало заболевания (острое или рецидив). Как часто наблюдаются рецидивы. Течение процесса. С чем связано заболевание: перенесенная инфекция (например, ОРВИ), контакт с внешними факторами в быту, на производстве, прием лекарств, связь с продуктами питания, нервными потрясениями, с метеорологическими факторами и другими моментами.

Было ли самолечение. Какой от него эффект. Какое лечение ранее получал и с каким эффектом. Когда началось последнее обострение. В связи с чем госпитализирован.

Анамнез жизни.

На какие неблагоприятные факторы из жизни больного следует обратить внимание: перенесенные заболевания и травмы, наличие интеркуррентных хронических заболеваний, наличие аллергии, профессиональные вредности, злоупотребление алкоголем и другие вредные привычки и др.

Status praesens.

1. Общее состояние пациента.
2. Описание непораженной кожи. При осмотре больного выяснить: состояние здоровой кожи и ее придатков (волос, ногтей, сало- и потоотделения). Тургор. Эластичность. Видимые слизистые. Подкожно-жировая клетчатка. Отеки. Лимфатические узлы.
3. Органы дыхания
4. Органы кровообращения
5. Органы пищеварения
6. Мочевыделительная система
7. Эндокринная система

Status specialis

Кожный процесс носит распространенный или локализованный характер. Если локализован, то где. Какими первичными элементами представлен (цвет, консистенция, форма, размеры), какие вторичные морфологические элементы присутствуют. Какие

выявлены патогномичные симптомы заболевания. Осложнен ли кожный процесс присоединением вторичной инфекции, лимфаденитом (полиаденитом).

Клиническая оценка лабораторных анализов

1. ОАК, ОАМ.
2. Биохимический анализ крови
3. Анализ кала. Копрограмма.
4. Выявление специфических маркеров заболевания (клетки Тцанка, клеточный состав экссудата и т.д.).

Дифференциальный диагноз.

Назвать кожные болезни, которые можно предполагать у больного, и провести дифференциальный диагноз. Обосновать диагноз и форму болезни.

Выбор заболеваний, с которыми следует провести дифференциальный диагноз основан на общности первичных морфологических элементов. Например: папулы имеются при псориазе, красном плоском лишае, вторичном сифилисе. Или: эритему можно увидеть при контактном аллергодерматите, токсидермии, экземе.

Схема написания дифференциального диагноза: На основании того, что у курируемого пациента в клинической картине из первичных морфологических элементов присутствует только папулезная сыпь, следует провести дифференциальный диагноз с такими заболеваниями как псориаз, красный плоский, папулезный сифилид. Предположим, что у курируемого пациента псориаз. При псориазе ярко-красные папулы расположены на разгибательных поверхностях конечностей, покрыты серебристо-белыми чешуйками, выявляется триада симптомов. У курируемого пациента папулы в основном расположены на сгибательных поверхностях конечностей, синюшно-красного цвета, не покрыты чешуйками и с пупкообразным вдавлением. Таким образом, клиническая картина у курируемого пациента и предполагаемого заболевания не соответствуют.

Клинический диагноз основного заболевания.

Например: Обострение диффузного атопического дерматита, постпубертатная фаза, дерматоинтестинальная форма, осложненный полиаденитом. Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии.

Этиология и патогенез основного заболевания.

В этиологии и патогенезе основного заболевания следует выделить, что явилось причиной заболевания у курируемого больного и какие факторы способствовали ее развитию.

Лечение курируемого больного.

1. Режим.
2. Диета.
3. Общая терапия(десенсибилизирующая, антигистаминная, седативная и т.д.)
4. Местное лечение (антибактериальное, антимикотическое, противовоспалительное, рассасывающая и т.д.)
5. Физиотерапия

Прогноз заболевания.

Список литературы.

Автор, название, год, издательство, страницы.

Разделы и темы для самостоятельного изучения	Виды и содержание самостоятельной работы
Неинфекционные болезни кожи	
Дерматомиозит	Составление клинических задач.
Розовые угри	Конспектирование учебной литературы
Алопеции.	Написание реферата
Опухоли кожи	Написание реферата
Васкулиты (ангииты) кожи.	Решение клинических задач
Дисхромии кожи.	Конспектирование учебной литературы
Поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.	Написание реферата. Решение клинических задач.
Лимфопролиферативные болезни.	Составление клинических задач.
Инфекционные болезни кожи	
Глубокие микозы. Псевдомикозы.	Написание реферата
Бородавки, контагиозный моллюск	Конспектирование учебной литературы
Розовый лишай	Составление клинических задач.
Поражение кожи при ВИЧ-инфекции	Конспектирование учебной литературы
Мягкий шанкр	Конспектирование учебной литературы

