

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

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

Дерматовенерология. Ординатура

Сборник методических указаний для обучающихся
к внеаудиторной работе по специальности ординатуры
31.08.32 - Дерматовенерология

Красноярск
2018

Дерматовенерология. Ординатура: сб. методич. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе для специальности ординатуры 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Т.А. Яковлева. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2018. – 403 с.

Составитель: к.м.н., доцент Яковлева Т.А.

Сборник методических указаний предназначен для внеаудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВО № 1074 от 25.08.2014 подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология, рабочей программой специальности (2018г.) и СТО 7.5.10-16.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 6 от «25»июня 2018).

СОДЕРЖАНИЕ

Тема 1. Теоретические основы здравоохранения.....	5
Тема 2. Этика и деонтология в дерматовенерологии.....	14
Тема 3. Анатомия и физиология кожи.....	22
Тема 4. Общая патология кожных болезней.....	31
Тема 5. Основы диагностики кожных болезней.....	40
Тема 6. Принципы общего лечения кожных болезней.....	50
Тема 7. Принципы наружного лечения кожных болезней.....	60
Тема 8. Пиодермии. Этиология. Патогенез. Клиническим формы. Диагностика. Лечение	70
Тема 9. Дерматозоозы. Чесотка. Педикулез. Лейшманиоз	81
Тема 10. Этиология и патогенез грибковых заболеваний кожи	91
Тема 11. Грибковые заболевания кожи. Клиника. Диагностика. Лечение	101
Тема 12. Туберкулез кожи. Этиология. Патогенез. Достоверные и вероятные признаки туберкулеза кожи. Диагностика. Принципы лечения	112
Тема 13. Лепра. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Принципы лечения	123
Тема 14. Вирусные заболевания кожи. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Лечение	136
Тема 15. Дерматиты. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы лечения	148
Тема 16. Экзема. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.	157
Тема 17 Атопический дерматит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение	168
Тема 18. Псориаз и парapsoriasis	179
Тема 19. Красный плоский лишай. Современные аспекты этиологии и патогенеза заболевания. Диагностика. Лечение	189
Тема 20. Пузырные дерматозы. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Лечение	199
Тема 21. Заболевания слизистой полости рта и красной каймы губ	207
Тема 22. Васкулиты. Современные аспекты этиологии и патогенеза. Диагностика. Лечение	215
Тема 23. Красная волчанка. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение	225
Тема 24. Дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение	234
Тема 25. Болезни сальных желез.....	244
Тема 26. Лимфомы кожи. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Принципы лечения	253
Тема 27. Наследственные дерматозы. Классификация. Диагностика	263
Тема 28. Опухоли кожи. Тактика ведения больных онкологическими заболеваниями кожи	273

Тема 29. Предраковые заболевания кожи	282
Тема 30. Этиология и патогенез сифилиса.....	290
Тема 31. Клинические проявления заразных форм сифилиса	298
Тема 32.. Диагностика, лечение и профилактика сифилиса	310
Тема 33 Гонорея. Этиология. Эпидемиология. Классификация.....	316
Тема 34. Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта	325
Тема 35. Гонорея. Диагностика. Лечение. Контроль излеченности	335
Тема 36. Урогенитальный хламидиоз. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение	344
Тема 37. Урогенитальный трихомониаз. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение	354
Тема 38. Урогенитальный заболевания, вызванные <i>Ureaplasma spp.</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> . Этиология. Патогенез. Клинические проявления	364
Тема 39. Урогенитальный кандидоз. Диагностика. Лечение	375
Список литературы.....	385
Законодательные и нормативно-правовые документы.....	387

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №1
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

ТЕМА: «Теоретические основы здравоохранения»

Индекс темы ОД.О.01.1.1

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ____ от « ____ » _____ 2018г.

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор _____

Составитель:

к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема «Теоретические основы здравоохранения»

2. Формы работы:

- Работа с нормативными документами.
- Работа с законодательной базой.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. На основании какого приказа основывается структура работы кожно-венерологического диспансера?
2. Права и обязанности кожно-венерологического диспансера.
3. Какие подразделения имеются в структуре кожно-венерологического диспансера?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. СТРУКТУРА РАБОТЫ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) приказом МЗ РФ от 30 июля 2001 года №291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем»
 - 2) приказом МЗ РФ «Организация серологической помощи»
 - 3) перечнем стандартов медицинской помощи больным при различных заболеваниях
 - 4) основами законодательства РФ об охране здоровья граждан
 - 5) проблемами формирования единой системы стандартизации в здравоохранении
- правильный ответ: 1

2. КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР ОБЯЗАН

- 1) своевременно и качественно оказывать специализированную дерматовенерологическую помощь населению
- 2) организовывать и проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия по предотвращению распространения ИППП и заразных кожных заболеваний
- 3) обеспечивать весь комплекс профилактических, диагностических и лечебно - реабилитационных мероприятий больным дерматовенерологического профиля
- 4) своевременно оказывать специализированную помощь , организовывать, проводить профилактические, диагностические и лечебные мероприятия
- 5) нет правильного ответа

правильный ответ: 4

3. СТРУКТУРА ДИСПАНСЕРА

- 1) амбулаторное и стационарное отделения
- 2) организационно - методический отдел
- 3) отдел первичной профилактики
- 4) диагностическая лаборатория
- 5) амбулаторное, стационарное отделения; организационно – методический и первичной профилактики отделы, диагностическая лаборатория

правильный ответ: 5

4. ДИСПАНСЕРНЫЙ МЕТОД РАБОТЫ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) ежегодный медицинский осмотр с проведением определенного объема лабораторного исследований
 - 2) дообследование нуждающихся с использованием всех современных методов диагностики
 - 3) выявление лиц, имеющих факторы риска, способствующих возникновению и развитию заболевания
 - 4) выявление заболеваний на ранних стадиях
 - 5) ежегодный медицинский осмотр с проведением лабораторного исследования; дообследование нуждающихся; выявление лиц с факторами риска и заболеваний
- правильный ответ: 5

5. ОБЯЗАННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ДИСПАНСЕРА

- 1) розыск контактов заболевших ИППП
 - 2) привлечение к обследованию контактов заболевших ИППП
 - 3) передача данных о контактах заболевших ИППП в полицию
 - 4) розыск контактов заболевших ИППП; привлечение к обследованию контактов заболевших ИППП
 - 5) розыск контактов заболевших ИППП; привлечение к обследованию контактов заболевших ИППП; передача данных о контактах заболевших ИППП в полицию
- правильный ответ: 4

6. ЗАДАЧИ ОТДЕЛА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

- 1) предупреждение распространения ИППП
 - 2) предупреждение развития болезней и их осложнений
 - 3) уменьшение риска ВИЧ-инфицирования
 - 4) предупреждение распространения ИППП, предупреждение развития болезней и их осложнений, уменьшение риска ВИЧ-инфицирования
 - 5) лечение больных
- правильный ответ: 4

7. КЛАССЫ ИЗ ПЕРЕЧНЯ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

- 1) класс I
 - 2) класс II
 - 3) класс XII
 - 4) класс XIV
 - 5) классы I, II, XII, XIV
- правильный ответ: 5

8. К ПОКАЗАТЕЛЯМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) полнота трудоустройства нуждающихся больных
 - 2) полнота охвата больных противорецидивным лечением
 - 3) полнота охвата больных стационарным лечением
 - 4) полнота охвата больных санаторно-курортным лечением
 - 5) полнота охвата больных лабораторным обследованием
- правильный ответ: 1

9. ПРАВИЛЬНЫМ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ КАК НАУКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении
 - 2) социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения
 - 3) социальная гигиена – система мероприятий по охране здоровья населения
 - 4) социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении; социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения; социальная гигиена – система мероприятий по охране здоровья населения
 - 5) социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении; социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения
- правильный ответ: 1

10. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) виды медицинской помощи, предоставляемые населению бесплатно
 - 2) медицинскую помощь, предоставляемую в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования
 - 3) медицинскую помощь, предоставляемую за счет средств бюджетов всех уровней
 - 4) нормативы объемов медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования Программы
 - 5) нормативы объемов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования Программы
- правильный ответ: 5

11. БЕСПЛАТНЫЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- 1) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц
 - 2) амбулаторно-поликлиническая помощь
 - 3) стационарная помощь
 - 4) скорая медицинская помощь; амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь
 - 5) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц; амбулаторно-поликлиническая помощь.
- правильный ответ: 4

12. В РАМКАХ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ

- 1) амбулаторно-поликлиническая помощь
 - 2) стационарная помощь
 - 3) медицинская помощь при беременности, родах и в послеродовой период
 - 4) медицинская помощь при абортax и отдельных состояниях, возникших в перинатальный период
 - 5) амбулаторно-поликлиническая, стационарная помощь; медицинская помощь при беременности, родах, при абортax и состояниях в перинатальный период
- правильный ответ: 5

13. МЕРОПРИЯТИЯ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ

- 1) профилактика заболеваний

- 2) диспансерное наблюдение
 - 3) диспансерное наблюдение здоровых детей
 - 4) профилактика аборт
 - 5) профилактика заболеваний; диспансерное наблюдение; диспансерное наблюдение здоровых детей; профилактика аборт
- правильный ответ: 5

14. В ПРАВА ГРАЖДАН ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО - СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НЕ ВХОДИТ СТАТЬЯ

- 1) Статья 30. Права пациента
 - 2) Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья
 - 3) Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство
 - 4) Статья 37. Медицинская стерилизация
 - 5) Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан
- правильный ответ: 4

15. СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СТАТЬЕЙ

- 1) Статья 54. Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью
 - 2) Статья 55. Порядок и условия выдачи лицам лицензий на определенные виды медицинской и фармацевтической деятельности
 - 3) Статья 56. Право на занятие частной медицинской практикой
 - 4) Статья 49. Экспертиза временной нетрудоспособности
 - 5) Статья 58. Лечащий врач
- правильный ответ: 4

16. СУБЪЕКТАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) медицинское учреждение
 - 2) гражданин
 - 3) орган управления здравоохранением
 - 4) медицинское учреждение; гражданин
 - 5) медицинское учреждение; гражданин; орган управления здравоохранением
- правильный ответ: 5

17. В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ВХОДЯТ

- 1) перечень, виды и объем медицинских услуг, осуществляемые за счет средств ОМС
 - 2) стоимость различных видов медицинской помощи
 - 3) организация добровольного медицинского страхования
 - 4) перечень, виды и объем медицинских услуг, осуществляемые за счет средств ОМС; стоимость различных видов медицинской помощи
 - 5) перечень, виды и объем медицинских услуг, осуществляемые за счет средств ОМС; стоимость различных видов медицинской помощи; организация добровольного медицинского страхования
- правильный ответ: 2

18. ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) медицинская помощь больным на дому
- 2) лечебно-диагностическое обслуживание населения
- 3) профилактическая работа
- 4) медицинская помощь больным на дому; лечебно-диагностическое обслуживание населения
- 5) медицинская помощь больным на дому; лечебно-диагностическое обслуживание населения; профилактическая работа

правильный ответ: 5

19. В ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРЫ ПО СОКРАЩЕНИЮ ЗАТРАТ ВРЕМЕНИ ПАЦИЕНТОВ НА ПОСЕЩЕНИЕ ПОЛИКЛИНИКИ НЕ ВКЛЮЧАЕТСЯ

- 1) анализ интенсивности потока больных по времени
- 2) нормирование деятельности врачей
- 3) правильная организация графика приема врачей
- 4) четкая работа регистратуры
- 5) дисциплина персонала

правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

В поликлинику кожно-венерологического диспансера обратился пациент, состоящий в половом контакте с больным гонореей.

1. Какая документация заполняется?
2. Перечислите показатели диспансеризации.
3. Перечислите основные задачи поликлиники.
4. Дайте определение социальной гигиены.
5. Что входит в понятие «Общественное здоровье»

Ответ к задаче №1

1. Медицинская карта больного венерическим заболеванием
2. Полнота охвата больных противорецидивным лечением; Полнота охвата больных стационарным лечением; Полнота охвата больных санаторно-курортным лечением; Полнота охвата больных лабораторным обследованием.
3. Медицинская помощь больным на дому. Лечебно-диагностическое обслуживание населения. Профилактическая работа.
4. Социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении
5. Заболеваемость; Инвалидность; Демографические показатели; Физическое развитие населения.

Задача №2

К дерматовенерологу обратился пациент с трихомонозом.

1. Какая документация заполняется?
2. О чем гласит приказ МЗ РФ №291 от 30.07.2001.
3. Перечислите факторы оказывающие влияние на сохранение и укрепление здоровья населения.
4. Перечислите субъекты, подлежащие обязательному страхованию.
5. Что входит в структуру больничных учреждений РФ?

Ответ к задаче №2

1. Медицинская карта амбулаторного больного; Контрольная карта диспансерного наблюдения; Статистический талон регистрации заключительных диагнозов.
2. «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем»
3. Экологические факторы среды; Качество и доступность медицинской помощи; Безопасные условия труда; Сбалансированность питания.
4. Медицинское учреждение, гражданин РФ.
5. Республиканские больницы, областные больницы, центральные районные больницы, городские многопрофильные больницы, сельские участковые больницы.

Задача №3

К дерматовенерологу обратился пациент с микроспорией.

1. Какие сведения записываются в медицинскую карту больного?
2. О чем гласит приказа МЗ РФ №403 от 12.08.2003 года?
3. Что входит в базовую программу медицинского страхования?
4. Дайте определение социальной гигиены.
5. Перечислите субъекты, подлежащие обязательному страхованию.

Ответ к задаче № 3

1. О лицах, с которыми контактировал больной.
2. «Об утверждении и введении в действие учетной формы 089/у – «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки»
3. Перечень, виды и объем медицинских услуг, осуществляемые за счет средств ОМС; Стоимость различных видов медицинской помощи.
4. Социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении
5. Республиканские больницы, областные больницы, центральные районные больницы, городские многопрофильные больницы, сельские участковые больницы.

Задача №4

В поликлинику кожно-венерологического диспансера обратился пациент. Выставлен диагноз – руброфития.

1. Какая документация заполняется?
2. Что предполагает в развитие профилактического направления?
3. О чем гласит приказа МЗ РФ №403 от 12.08.2003 года?
4. Что входит в понятие «Общественное здоровье»
5. Что входит в базовую программу медицинского страхования?

Ответ к задаче № 4

1. Медицинская карта больного заразным кожным заболеванием
2. Улучшения санитарно-гигиенического воспитания населения; Повышения уровня пропаганды здорового образа жизни, физкультуры и спорта; Искоренения вредных привычек; Расширения массовых проф.осмотров.
3. «Об утверждении и введении в действие учетной формы 089/у – «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки»
4. Заболеваемость; Инвалидность; Демографические показатели; Физическое развитие населения.

5. Перечень, виды и объем медицинских услуг, осуществляемые за счет средств ОМС; Стоимость различных видов медицинской помощи.

Задача №5

К дерматовенерологу обратился пациент с микроспорией волосистой части головы.

1. Какие сведения записываются в медицинскую карту больного?
2. Что предполагает в развитие профилактического направления?
3. О чем гласит приказа МЗ РФ №403 от 12.08.2003 года?
4. Дайте определение социальной гигиены.
5. Что входит в структуру больничных учреждений РФ?

Ответ к задаче №5

1. О лицах, с которыми контактировал больной.
2. Улучшения санитарно-гигиенического воспитания населения; Повышения уровня пропаганды здорового образа жизни, физкультуры и спорта; Искоренения вредных привычек; Расширения массовых проф.осмотров.
3. «Об утверждении и введении в действие учетной формы 089/у – «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки»
4. Социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении
5. Республиканские больницы, областные больницы, центральные районные больницы, городские многопрофильные больницы, сельские участковые больницы.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Анализировать показатели работы дерматовенерологической службы, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов их структурных подразделений дерматовенерологического профиля.
2. Проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Анализ структуры кожно-венерологических диспансеров и эффективность их работы.
2. Методы профилактической работы в дерматовенерологии.
3. Основы законодательства о здравоохранении.
4. Основы медицинского страхования.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедр е

1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm 1	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
3	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №2
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Этика и деонтология в дерматовенерологии»
Индекс темы ОД.О.01.1.2**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ____ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема «Этика и деонтология дерматовенерологии»

2. Формы работы:

- Подготовка к участию в тематической дискуссии.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. В каких случаях медицинское вмешательство может быть произведено без согласия пациента?
2. Как должен себя вести врач по отношению к коллегам?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ – ЭТО:

- а) самостоятельная наука о долге медицинских работников
- б) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики
- в) это специфическое проявление общей этики в деятельности врача
- г) это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников
- д) это наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств

Правильный ответ: б

2. В КАКИХ СИТУАЦИЯХ ВРАЧ МОЖЕТ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТОМ И ПЕРЕПОРУЧИВ ЕГО ДРУГОМУ СПЕЦИАЛИСТУ:

- а) не понравился пациент
- б) в связи с личной занятостью
- в) если чувствует себя недостаточно компетентным
- г) если он является дежурным врачом
- д) если не устраивают условия труда

Правильный ответ: в

3. КАКИЕ ОТНОШЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ:

- а) навязывание политических и религиозных взглядов
- б) получать благодарность в приемлемой форме
- в) заниматься вымогательством и взяточничеством
- г) использовать свои знания и возможности в негуманных целях
- д) интимные отношения

Правильный ответ: б

4. С НОРМАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ СОВМЕСТИМЫ:

- а) вымогательство денежных средств за направление пациента в определённые ЛПУ к определённому специалисту.
- б) реклама с целью продвижения личных интересов
- в) не разглашение врачебной тайны

- г) разглашение врачебной тайны
- д) распределение пациентов по социальному статусу.

Правильный ответ: в

5. К ПРИНЦИПАМИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ БОЛЬНОГО НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) определение диагноза
- 2) уважения к личности каждого клиента
- 3) уважения права индивидуума на принятие решения
- 4) уважения способности индивидуума принимать решение
- 5) соблюдения конфиденциальности

Правильный ответ: 1

6. ЭТАПЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СЛУЖБАХ ИППП:

- 1) приветствие
- 2) оценка потребностей
- 3) медицинское просвещение
- 4) описание и объяснение; информация о повторном визите
- 5) приветствие; оценка потребностей; медицинское просвещение; объяснение; информация о повторном визите

Правильный ответ: 5

7. НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМОЙ ФОРМОЙ ОБРАЩЕНИЯ К БОЛЬНОМУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) больной
- 2) пациент
- 3) клиент
- 4) по имени и отчеству
- 5) по фамилии

Правильный ответ: 4

8. НАВЫКАМИ ОБЩЕНИЯ ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) невербальное общение
- 2) открытые вопросы
- 3) внимательное выслушивание
- 4) отражение/перефразирование
- 5) невербальное общение, открытые вопросы, внимательное выслушивание, отражение перефразирование

Правильный ответ: 5

9. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИППП У РАБОТНИКОВ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА

- 1) аутрич
- 2) принудительное освидетельствование на ИППП с привлечением полиции
- 3) регламентация проституции
- 4) введение санитарных книжек
- 5) хороши все средства

Правильный ответ: 1

10. ПРАВА ПАЦИЕНТА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАТЬЕЙ

- 1) статья 30
- 2) статья 31
- 3) статья 32
- 4) статья 33
- 5) статья 34

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

Пациент находился в КККВД на стационарном лечении с венерическим заболеванием. После окончания лечения, больной был выписан из стационара. В семье пациента возник конфликт. Со слов семьи их родственник ещё болен, поэтому должен находиться в стационаре.

1. При возникновении конфликта интересов пациент-общество, пациент-семья и т.п, чьим интересам врач должен отдавать предпочтение?
2. Дайте определение медицинской деонтологии.
3. Перечислите характеристики медицинской этики.
4. В чем заключается необходимость в соблюдении врачебной тайны?
5. Назовите основные аспекты медицинской деонтологии.

Ответ к задаче №1

1. При возникновении конфликта интересов пациент-общество, пациент-семья и т.п, врач обязан отдавать предпочтение интересам пациента, если только их реализация не причиняет прямого ущерба самому пациенту или окружающим.
2. Прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики
3. Это специфическое проявление общей этики в деятельности врача; Наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников; Наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств.
4. Для защиты социальных и экономических интересов личности и защиты внутреннего мира человека, его автономии, для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент».
5. Основными аспектами медицинской деонтологии являются: врач и больной, врач и общество, взаимоотношения между врачами, медицинским персоналом, врачебная тайна, врачебные ошибки, этическая оценка эксперимента.

Задача №2

Пациент находился в КККВД на стационарном лечении. В течение недели пациент не был осведомлен о результатах анализов и о поставленном диагнозе.

1. Какое право пациента было нарушено?
2. Перечислите характеристики медицинской этики.
3. В чем заключается необходимость в соблюдении врачебной тайны?
4. Назовите основные аспекты медицинской деонтологии.
5. Дайте определение медицинской деонтологии.

Ответ к задаче №2

1. Право пациента на адекватную информацию о своём состоянии здоровья.
2. Это специфическое проявление общей этики в деятельности врача; Наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников; Наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств.
3. Для защиты социальных и экономических интересов личности и защиты внутреннего мира человека, его автономии, для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент».
4. Основными аспектами медицинской деонтологии являются: врач и больной, врач и общество, взаимоотношения между врачами, медицинским персоналом, врачебная тайна, врачебные ошибки, этическая оценка эксперимента.
5. Прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики

Задача №3

После консультации в поликлинике КККВД пациент решил проконсультироваться с другим врачом этой же поликлиники, в чём ему было отказано.

1. Какое право было нарушено пациента?
2. В чём заключается необходимость в соблюдении врачебной тайны?
3. При каких условиях предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается?
4. С согласия кого, допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях?
5. Перечислите характеристики медицинской этики.

Ответ к задаче №3

1. Право пациента на свободный выбор врача.
2. Для защиты социальных и экономических интересов личности и защиты внутреннего мира человека, его автономии, для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент».
3. В целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; По запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; В случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей; При наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.
4. С согласия пациента или его законного представителя допускается передача сведений.
5. Это специфическое проявление общей этики в деятельности врача; Наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников; Наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств.

Задача №4

У мужчины 30 лет выявлен вторичный сифилис. Источник заражения – знакомая женщина. Больной женат, имеет дочь 2 лет.

1. Как сообщить жене о заболевании мужа?
2. Какова Ваша тактика по отношению к жене и дочери?
3. При каких условиях предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается?
4. В чем заключается необходимость в соблюдение врачебной тайны?
5. Перечислите характеристики медицинской этики.

Ответ к задаче №4

1. Согласно правам человека, жена должна знать о заболевании мужа, так как она подлежит обследованию и лечению. Сообщить об этом может сам пациент, или врач, соблюдая при этом правила этики.
2. Жену и дочь обследовать и провести им соответствующее лечение.
3. В целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; По запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; В случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей
4. Для защиты социальных и экономических интересов личности и защиты внутреннего мира человека, его автономии, для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент».
5. Это специфическое проявление общей этики в деятельности врача; Наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников; Наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств.

Задача №5

В кожно-венерологический диспансер обратился молодой человек с острым уретритом. При обследовании выявлена острая свежая гонорея. Пациент живет активной половой жизнью с различными женщинами, в том числе женщинами коммерческого секса; при этом презервативом пользуется редко.

1. Ваша тактика по отношению к пациенту?
2. При каких условиях предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается?
3. Перечислите характеристики медицинской этики.
4. В чем заключается необходимость в соблюдение врачебной тайны?
5. Дайте определение медицинской деонтологии.

Ответ к задаче № 5

1. Провести лечение. Предупредить больного об опасности промискуитета. Научить больного правилам безопасного секса.
2. В целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; По запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; В случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей

3. Это специфическое проявление общей этики в деятельности врача; Наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников; Наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств.
4. Для защиты социальных и экономических интересов личности и защиты внутреннего мира человека, его автономии, для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент».
5. Прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия, налаживать отношения в коллективе.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Врачебная тайна.
2. Проблемы медицинской этики и деонтологии в практике венеролога.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm 1	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ		

			2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
9	ЭБС Консультант студента				
10	ЭБС Colibris				
11	ЭБС Консультант студента				
12	ЭМБ Консультант врача				
13	ЭБС ibooks				
14	НЭБ e-Library				
15	БД Nature				
16	БД SAGE Premier				
17	БД Oxford University Press				
18	БД Scopus				
19	БД Web of Science				

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №3
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Анатомия и физиология кожи»
Индекс темы ОД.О.01.1.1.3**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от «14» декабрь 2018г.

Заведующий кафедрой

д.м.н.

Ю.В. Карачева

Составители:

д.м.н.

к.м.н., доцент

Ю.В. Карачева
Т. А. Яковлева

Красноярск
2018

1. Тема «Анатомия и физиология кожи»

2. Формы работы:

- Написание рефератов.
- Подготовка к тестированию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Особенности строения кожи ее функции в норме и патологии.
2. Гистопатология, физиология, анатомия кожи.
3. Строение придатков кожи.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ДЕРМА СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СЛОЕВ

- а) сетчатый
- б) шиповатый
- в) роговой
- г) зернистый
- д) базальный

Правильный ответ: а

2. В СОСТАВ ЭПИДЕРМИСА НЕ ВХОДИТ СЛЕДУЮЩИЙ СЛОЙ

- а) базальный
- б) сосочковый
- в) шиповатый
- г) зернистый
- д) роговой

Правильный ответ: б

3. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ПОЛОСТИ РТА СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СЛОЕВ.

- а) базального и зернистого
- б) шиповатого и рогового
- в) зернистого и рогового
- г) блестящего и базального
- д) шиповатого и базального

Правильный ответ: д

4. КЛЕТКИ ЛАНГЕРГАНСА РАСПОЛОЖЕНЫ В СЛОЕ КОЖИ

- а) блестящем
- б) зернистом
- в) роговом
- г) шиповатом
- д) сетчатом

Правильный ответ: г

5. СЛОИ ДЕРМЫ

- а) сосочковый и сетчатый
- б) базальный и шиповидный
- в) зернистый
- г) гранулярный
- д) шиповидный

Правильный ответ: а

6. АПОКРИНОВЫЕ ПОТОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ РАСПОЛОЖЕНЫ

- а) в подмышечных впадинах
- б) на ладонях
- в) на голове
- г) на подошвах
- д) вокруг рта

Правильный ответ: а

7. КРОВЕНОСНЫЕ СОСУДЫ В КОЖЕ ОТСУТСТВУЮТ В

- а) эпидермисе
- б) дерме
- в) гиподерме
- г) подкожно-жировой клетчатке
- д) собственно коже

Правильный ответ: а

8. САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ В КОЖЕ ОТСУТСТВУЮТ

- а) на лице
- б) на груди
- в) на ладонях
- г) на волосистой части головы
- д) на туловище

Правильный ответ: в

9. ЧУВСТВО ХОЛОДА ВОСПРИНИМАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- а) телец Фатера-Пачини
- б) телец Мейснера
- в) колб Краузе
- г) телец Руффини
- д) клеток Меркеля

Правильный ответ: в

10. ТЕЛЬЦА РУФФИНИ

- а) самый крупный рецептор кожи
- б) расположены в гиподерме
- в) расположены в глубоких слоях дермы
- г) ответственны за чувство глубокого давления

д) ответственные за чувство холода

Правильный ответ: в

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1.

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

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

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

Элементы расположены на видимо неизменной коже.

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

Ответ к задаче №1

1. Защитная функция.
2. В эпидермисе.
3. Клетки Меркеля (осязательные эпителиоидоциты) расположены в базальном слое эпидермиса и в эпителии фолликулов волос.
4. К придаткам (или производным) кожи относят кожные железы (потовые и сальные), а также волосы и ногти.
5. Дерма состоит из двух слоев, нечетко отграниченных друг от друга: сосочкового и сетчатого. Сосочковый слой прилежит непосредственно к эпидермису и представлен рыхлой волокнистой соединительной тканью. Этот слой определяет рисунок гребешков и бороздок на поверхности кожи. Сетчатый слой дермы образован плотной неоформленной волокнистой соединительной тканью. Содержит волокнистые структуры; коллагеновые, эластические и ретикулярные (ретикулиновые, аргирофильные) волокна.

Задача №2.

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

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

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

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

Ответ к задаче №2

1. Потовые железы подразделяют на эккринные (простые трубчатые) и апокринные (простые трубчато-альвеолярные) железы.
2. Базальный, шиповидный, зернистый, блестящий, роговой.
3. Терморегуляция, Участив в водно-солевом обмене, экскреторная.
4. Волос состоит из стержня, выступающего над уровнем кожи, и корня, расположенного в волосяном фолликуле, погруженном вглубь дермы и подкожной жировой клетчатки.
5. Волосы человека имеют три фазы развития, плавно переходящие из одной в другую: роста (анаген), регрессивных изменений (катаген) и покоя (телоген). Средняя продолжительность анагена составляет 1000 дней (от 2 до 5 лет), катагена – 2-3 недели, телогена – около 100 дней.

Задача №3.

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

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

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре ногтевые пластинки изменены, утолщены.

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

Ответ к задаче №3

1. Ногти состоят из ногтевой пластинки и ногтевого ложа.
2. Ногтевое ложе представлено многослойным эпителием, состоящим из базального и шиповатого слоев. Оно образует продольные эпидермальные гребешки, чередующиеся со складками подлежащей дермы.
3. Выделяют проксимальную, дистальную и латеральные части ногтевой пластинки. Проксимальная часть, или корень, находится в задней ногтевой щели и покрыта эпонихиумом (ногтевой кожицей, или кутикулой). В области корня ногтя имеется небольшая полулунной формы зона – лунка, не покрытая эпонихием, имеющая более светлую, по сравнению со всей ногтевой пластинкой, окраску. Дистальная часть ногтевой пластинки заканчивается свободным отрастающим краем ногтя, расположенным на подногтевой пластинке – ногтевом ложе (гипонихиум). Латеральные части ногтевой пластинки ограничены слева и справа кожными складками, или околоногтевыми валиками (паронихиум). Ногтевая пластинка отделена от ногтевых валиков боковыми ногтевыми щелями.
4. Обновление ногтя на пальцах кистей происходит примерно за 4 месяца, а на стопах – за 6 месяцев.
5. Rp.: Zinci oxydi
Talcii
Amyli aa 10,0
olei Persicorum ad 100,0
M.D.S. Для наружного применения.

Задача №4

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

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

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

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

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

Ответ к задаче №4

1. Эритема – сосудистое воспалительное пятно размером с 2 рублевую монету. Пузырек (vesicula) - полостное образование, размером 0,1 - 0,3 мм в диаметре. Эрозия (erosio) - поверхностный дефект эпидермиса. Корка (crusta) - ссохшийся экссудат. Ссадина или эскориация. (excoriatio) - нарушение целостности кожного покрова в результате механического повреждения.

2. Дисхромии кожи (dischromia cutis), чешуйка (squama), корка (crusta), трещина (fissura), ссадина или эскориация (excoriatio), эрозия (erosio), язва (ulcus), рубец (cicatrix), вегетации (vegetationes), лишенификация (lichenificatio).

3. Сосочковый и сетчатый

4. Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи для прекращения мокнутия и уменьшения воспаления. Применяются холодными. Примочки охлажденных растворов применяют при экземе, аллергическом дерматите и токсикодермии, к примеру, Sol. Acidi borizi 1-2%, Sol.Tanini 2%, Sol.furacillini 0,01-0,05%. Примочка делается следующим образом: стерильную салфетку или широкий бинт смачивают в лекарственном растворе (для грудных детей комнатной температуры). Для детей дошкольного, школьного возраста – охлажденные, отжимают и накладывают на пораженную поверхность. Не допускать согревание (не более 2-3 мин.)

5. Rp: Sol. Calcii glyconatis 10%-10,0

D.t.d. № 10 in amp.

S. По 10 мл. в/венно.

Rp: Sol. Suprastini 2%-1.0

D.t.d. № 10 in amp.

S. По 1 мл. в/м 2 раза в день.

Задача №5

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

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

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

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

Ответ на задаче № 5

1. Первичные: пустула или гнойничек (pustula), эритема.

Вторичные: корка (crusta)

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

3. Базальный, шиповидный, зернистый, блестящий, роговой.

4. Муковидное, отрубевидное, пластинчатое (мелкопластинчатое, крупнопластинчатое).

5. Rp.:Zinci oxydi

Talci

Amyli aa 10,0

olei Persicorum ad 100,0

M.D.S. Для наружного применения.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Дать определение и клиническую характеристику первичным и вторичным морфологическим элементам сыпи.
2. Провести оценку гистологических препаратов
3. Исследовать тактильную, болевую, тепловую и холодовую чувствительность.
4. Оценка состояния кожи дерматологического больного.
5. Методы пальпации кожи, определения тургора и эластичности кожи; витропрессия и граттаж.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Особенности оценки состояния кожи дерматологического больного.
2. Современные особенности строения кожи и её придатков.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

	специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с				
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков , Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				
11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №4
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Общая патология кожных болезней»
Индекс темы ОД.О.01.1.4**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ____ от «__» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема «Общая патология кожных болезней»

2. Формы работы:

- Проработка учебного материала по учебной и научной литературе.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Общие патологические процессы в эпидермисе и дерме.
2. Гистологические характеристики первичных и вторичных морфологических элементов сыпи.
3. Патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ГИПЕРТРОФИЯ ЭПИДЕРМИСА – ЭТО УТОЛЩЕНИЕ

- а) рогового слоя
- б) зернистого слоя
- в) базального слоя
- г) шиповидного слоя
- д) базального и шиповатого

Правильный ответ: д

2. ДИСКЕРАТОЗ – ЭТО

- а) нарушение ороговения отдельных клеток и группы клеток
- б) нарушение ороговения только групп клеток
- в) нарушение ороговения всего эпителия
- г) любое отклонение от нормального рогообразования
- д) нарушение ороговения только отдельных клеток

Правильный ответ: а

3. ГРАНУЛЕЗ – ЭТО УТОЛЩЕНИЕ

- а) эпидермиса
- б) шиповидного слоя
- в) зернистого слоя
- г) базального слоя
- д) рогового слоя

Правильный ответ: в

4. ЧТО ТАКОЕ АКАНТОЗ?

- а) разрыв межклеточных мостиков
- б) утолщение шиповидного слоя
- в) отек сосочкового слоя дермы
- г) межклеточные щели с воздухом
- д) утолщение рогового слоя

Правильный ответ: б

5. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАРАКЕРАТОЗА?

- а) клетки с палочковидными ядрами
- б) утолщение рогового слоя
- в) межклеточные щели с воздухом
- г) рыхлые чешуйки
- д) роговой жир между клетками

Правильный ответ: д

6. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГИПЕРКЕРАТОЗА?

- а) клетки с палочковидными ядрами
- б) утолщение рогового слоя
- в) межклеточные щели с воздухом
- г) рыхлые чешуйки
- д) роговой жир между клетками

Правильный ответ: б

7. АКАНТОЛИЗ – ЭТО

- а) разрушение межклеточных мостиков клеток шиповидного слоя
- б) раздвижение эпителиальных клеток
- в) формирование микровезикул
- г) скопление в межклеточных щелях отечной жидкости
- д) образование внутридермальных пузырей

Правильный ответ: а

8. СПОНГИОЗ – ЭТО

- а) скопление серозной жидкости
 - б) дегенеративное изменение эпидермальных клеток, утративших связь с окружающими и плавающими в пузырьной жидкости
 - в) растягивание межклеточных мостиков и разрыв межклеточных связей
 - г) роговой жир между клетками
 - д) отек сосочкового слоя дермы
- скопление серозной жидкости

Правильный ответ: в

9. АТРОФИЯ ДЕРМЫ - ЭТО

- а) уплощение сосочкового слоя
- б) растягивание межклеточных мостиков и разрыв межклеточных связей
- в) отек сосочкового слоя дермы
- г) уменьшение количества сосудов дермы
- д) вакуолярная дегенерация

Правильный ответ: а

10. ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В СОБСТВЕННО КОЖЕ:

- а) спонгиоз
- б) дискератоз
- в) папилломатоз
- г) акантоз
- д) вакуольная дегенерация

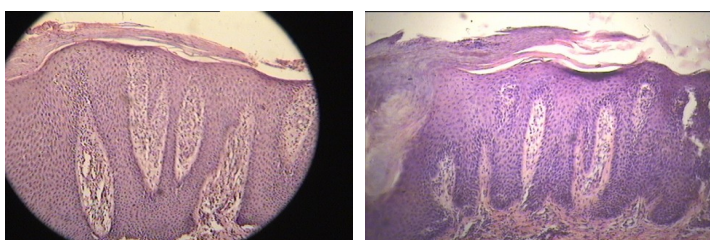
Правильный ответ: в

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1.

Патологические процессы в эпидермисе и дерме

Экссудативные изменения



1. Какие патологические процессы вы видите в эпидермисе?
2. Для каких заболеваний характерны такие патогистологические изменения?
3. Какие первичные морфологические элементы сыпи вы знаете?
4. Перечислите слои эпидермиса.
5. Выпишите рецепт салициловой мази.

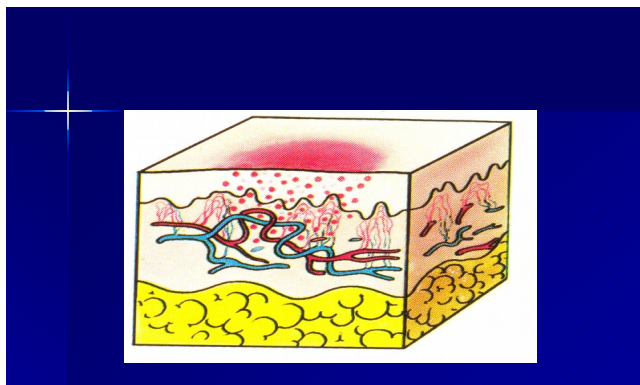
Ответ к задаче №1

1. Спонгиоз, акантоз, папилломатоз, паракератоз.
2. Псориаз.
3. Бесполостные: пятно, узелок, узел, бугорок, волдырь.
Полостные: пузырек, пузырь, гнойничок
4. Базальный, шиповидный, зернистый, блестящий, роговой.
5. Rp.: Acidi salicylini 2,0

Vaselini aa 100,0

M.D.S. Для наружного применения.

Задача №2.



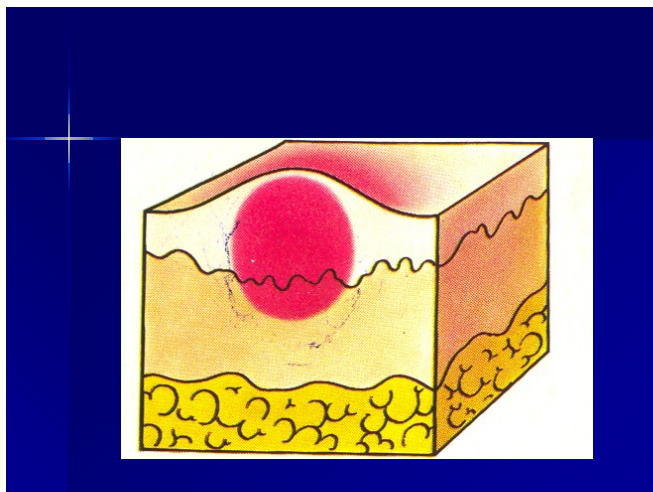
Вопросы:

1. Какой морфологический элемент представлен на рисунке?
2. Какие патогенетические процессы участвуют в формировании этого морфологического элемента?
3. Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах кожи.
4. Какие вторичные морфологические элементы сыпи вы знаете?
5. Выпишите рецепт антигистаминного препарата.

Ответ к задаче № 2

1. Волдырь.
2. Крапивница, герпетиформный дерматит Дюринга.
3. Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи для прекращения мокнутия и уменьшения воспаления. Применяются холодными. Примочки охлажденных растворов применяют при экземе, аллергическом дерматите и токсикодермии, к примеру, Sol. Acidi borizi 1-2%, Sol. Tanini 2%, Sol. furacillini 0,01-0,05%. Примочка делается следующим образом: стерильную салфетку или широкий бинт смачивают в лекарственном растворе (для грудных детей комнатной температуры). Для детей дошкольного, школьного возраста – охлажденные, отжимают и накладывают на пораженную поверхность. Не допускать согревание (не более 2-3 мин.)
4. Дисхромия кожи, чешуйка, корка, трещина, ссадина или эскориация, эрозия, язва, рубец, вегетация, лихенификация.
5. Rp.: Tab. Kestine 0,01
D.t.d. № 10 in amp.
S. По 1 мл. в/м 2 раза в день.

Задача №3.



Вопросы:

1. Какой морфологический элемент представлен на рисунке?
2. Какие пути образования морфологического элемента?
3. Для каких заболеваний характерен этот морфологический элемент?
4. Какие бесполостные первичные морфологические элементы сыпи вы знаете?
5. Выпишите рецепт антисептического препарата.

Ответ к задаче №3

1. Папула.

2. Проллиферация клеток эпидермиса, отложение клеточного инфильтрата, отложение инородных веществ.
3. Вирусная бородавка, красный плоский лишай, псориаз, ксантома.
4. Бесполостные – пятно, узелок, узел, волдырь, бугорок.
5. Rp.: Methyleni coerulei 0,5
Spiritus aethylici 70%- 50,0
M.D.S. Для туширования сыпи.

Задача №4

На прием к дерматологу обратился больной 40 лет с жалобами на высыпания, локализующиеся на коже рук, груди и спины.

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

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь II степени, риск 2

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже верхних конечностей, груди и спины. Высыпания представлены полостными элементами, содержащими прозрачную жидкость, покрышка элементов дряблая, тонкая, диаметр высыпаний от 0,5 см до 1 см. Элементы расположены на видимо неизменной коже. На груди эрозии размером 1,5×2,0 см, покрытые серозными корочками.

При цитологическом исследовании мазков-отпечатков были обнаружены акантолитические клетки. При гистологическом исследовании в шиповатом слое - явления акантолиза.

1. Назовите первичные и вторичные морфологические элементы сыпи, имеющиеся у данного больного. Дайте им определение.
2. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
3. Что такое «акантолиз»?
4. Какие первичные морфологические элементы сыпи вы знаете?
5. Выпишите рецепт салициловой мази.

Ответ к задаче №4

1. Первичные морфологические элементы сыпи – пузыри

Вторичные морфологические элементы сыпи – эрозии, серозные корочки.

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

Эрозия (erosio) - поверхностный дефект эпидермиса. Корка (crusta) - сохшийся экссудат

2. Данные морфологические элементы характерны для буллезных дерматозов (акантолитическая пузырчатка, герпетиформный дерматит Дюринга, пемфигоид Левера, пузырчатка глаз, болезнь Хейли-Хейли, пузырно – сосудистый синдром).

3. Акантолиз – экссудативное патогистологическое изменение, характерное для шиповидного слоя эпидермиса. Обусловлено нарушением межклеточных связей шиповидных клеток и образованием пузырей в шиповидном слое эпидермиса.

4. Бесполостные: пятно, узелок, узел, бугорок, волдырь.

Полостные: пузырек, пузырь, гнойничок.

5. Rp.: Acidi salicylini 2,0

Vaselini aa 100,0

M.D.S. Для наружного применения.

Задача №5

На прием к дерматологу обратилась больная 20 лет с жалобами на высыпания на коже конечностей и туловища, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 3-х дней, когда впервые появились высыпания на коже конечностей и туловища. Высыпания появлялись приступообразно, существовали в течение 2-3 часов и затем бесследно исчезали, сопровождались зудом.

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

1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи.
2. Какие патоморфологические механизмы лежат в основе развития данного морфологического элемента?
3. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
4. Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах кожи.
5. Перечислите слои эпидермиса.

Ответ к задаче № 5

1. Волдырь (urtica) – острый ограниченный отек собственно кожи.
2. Отек собственно кожи.
3. Возникают при крапивнице, при токсикодермиях, дерматозе Дюринга, при сывороточной болезни, ангионевротическом отеке Квинке.
4. Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи для прекращения мокнутия и уменьшения воспаления. Применяются холодными. Примочки охлажденных растворов применяют при экземе, аллергическом дерматите и токсикодермии, к примеру, Sol. Acidi borici 1-2%, Sol. Tanini 2%, Sol. furacillini 0,01-0,05%. Примочка делается следующим образом: стерильную салфетку или широкий бинт смачивают в лекарственном растворе (для грудных детей комнатной температуры). Для детей дошкольного, школьного возраста – охлажденные, отжимают и накладывают на пораженную поверхность. Не допускать согревание (не более 2-3 мин.)
5. Базальный, шиповидный, зернистый, блестящий, роговой.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Опрос, осмотр и оформление истории болезни.
2. План обследования больного.
3. Дать определение и клиническую характеристику первичным и вторичным морфологическим элементам сыпи.
4. Уметь выделять патоморфологические паттерны при микроскопическом исследовании препаратов кожи больных острыми и хроническими дерматозами.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Общие патологические процессы в эпидермисе.
2. Общие патологические процессы в дерме.
3. Патогенетические механизмы формирования первичных и вторичных морфологических элементов кожной сыпи.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				
11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №5
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)
ТЕМА: «Основы диагностики кожных болезней»
Индекс темы ОД.О.01.1.5**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ____ от «__» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема «Основы диагностики кожных болезней»

2. Формы работы:

- Проработка учебного материала по учебной и научной литературе.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Методы диагностики в дерматологии.
2. Первичные и вторичные морфологические элементы.
3. Основные лабораторные методы исследования.
4. Дополнительные методы исследования в дерматологии.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. БЕЛЫЙ ДЕРМОГРАФИЗМ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО

- 1) при крапивнице
- 2) при аллергическом дерматите
- 3) при экземе
- 4) при кожном зуде
- 5) при атопическом дерматите

правильный ответ: 5

2. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЖНЫХ ПРОБ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА

- 1) истинной экземы
- 2) микробной экземы
- 3) профессиональной экземы
- 4) псориаза
- 5) красного плоского лишая

правильный ответ: 3

3. ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ

- 1) чешуйка
- 2) рубец
- 3) папула
- 4) язва
- 5) эрозия

правильный ответ: 3

4. К ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) бугорок
- 2) волдырь
- 3) папула
- 4) пятно
- 5) трещина

правильный ответ: 5

5. ПОЯВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЭЛЕМЕНТА ПУЗЫРЬКА ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) гиперкератозом
- 2) спонгиозом
- 3) акантозом
- 4) акантолизом
- 5) паракератозом

правильный ответ: 2

6. К ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ СЫПИ ОТНОСИТСЯ

- 1) лихенификация
- 2) корка
- 3) чешуйка
- 4) язва
- 5) узелок

правильный ответ: 5

7. ОБРАЗОВАНИЕ ВОЛДЫРЯ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) инфильтрацией подкожной клетчатки
- 2) отеком сосочкового слоя дермы
- 3) акантолизом
- 4) акантозом
- 5) папилломатозом

правильный ответ: 2

8. МОНОМОРФНЫЕ ПАПУЛЕЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ

- 1) псориазе
- 2) герпетиформном дерматите Дюринга
- 3) истинной пузырчатке
- 4) экземе
- 5) везикулопустулезе

правильный ответ: 1

9. ПУСТУЛА

- 1) вторичный морфологический элемент
- 2) характерна для пиодермии
- 3) характерна для крапивницы
- 4) бесполостной морфологический элемент
- 5) характерна для лепры

правильный ответ: 2

10. ЯЗВА

- 1) это глубокий дефект кожи
- 2) это поверхностный дефект кожи
- 3) развивается из папулы
- 4) характерна для псориаза

5) характерна для крапивницы
правильный ответ: 1

11. ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ ЯЗВЕ

- 1) пузырь
- 2) пузырек
- 3) волдырь
- 4) гнойничок
- 5) бугорок

правильный ответ: 5

12. ЭРОЗИЯ

- 1) глубокий дефект кожи
- 2) поверхностный дефект кожи
- 3) может развиваться из бугорка
- 4) не исчезает бесследно
- 5) оставляет рубец

правильный ответ: 2

13. ВЕГЕТАЦИИ – ЭТО РАЗРАСТАНИЕ

- 1) сосочкового слоя
- 2) сетчатого слоя
- 3) шиповатого слоя
- 4) базального слоя
- 5) рогового слоя

правильный ответ: 1

14. ТРЕЩИНА-ЭТО

- 1) разновидность эксфолиации
- 2) линейный дефект кожи
- 3) сохшийся экссудат
- 4) первичный морфологический элемент
- 5) новообразованная ткань кожи

правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача № 1.

На прием к дерматологу обратился больной 20 лет с жалобами на образование узлов в левой подмышечной области, повышение температуры тела до 38.5С, общую слабость, недомогание. ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение одной недели, когда после бритья подмышечной впадины безопасной бритвой появилось уплотнение. К врачу не обращался, самостоятельно протирал подмышечную впадину одеколоном.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В левой подмышечной области пальпируется болезненный, конической формы инфильтрат размером с вишню, в центре которого язва, покрытая гнойной коркой.

Подвижность руки ограничена.

1. Назовите морфологический элемент сыпи, имеющийся у данного больного. Дайте определение.
2. Перечислите первичные морфологические элементы сыпи.
3. Методика взятия материала для выявления чесоточного клеща.
4. Правила постановки и оценки кожных проб.
5. Выпишите рецепт присыпки.

Ответ к задаче № 1

1. Узел (nodus) - образование, возвышающееся над кожей, величиной от лесного ореха до размера человеческого кулака, образующееся вследствие отложения в глубоких слоях дермы и подкожной жировой клетчатки или в подслизистом слое слизистой клеточного инфильтрата, опухолевого разрастания, отложения инородных частиц, патологических продуктов обмена.

2. Бесполостные: пятно, узелок, узел, бугорок, волдырь. Полостные: пузырек, пузырь, гнойничок.

3. Лабораторная диагностика чесотки основана на обнаружении самки чесоточного клеща или ее яиц в содержимом пузырьков или чесоточных ходов. Кожу в очаге поражения смазывают 40% раствором молочной кислоты, которая способствует размягчению рогового слоя, через 10 минут берут соскоб кожи над чесоточными ходами. Можно методом «иглы» - прокалывая пузырьки (в конце чесоточных ходов), забирая из них материал. Полученный материал микроскопируют под малым увеличением.

4. Аппликационные пробы обычно проводят на коже внутренней поверхности предплечья, живота или спины. Кожу на участке постановки пробы протирают 70% спиртом. На поверхность кожи накладывают квадратный кусочек марли размером 1x1 до 2x2 см, смоченной раствором испытуемого вещества. Поверх марли накладывают компрессную бумагу, затем - квадрат или две полоски липкого пластыря. При наложении пластыря необходимо следить, чтобы его размер был больше кусочка марли. Затем на кожу в области пробы накладывают бинтовую повязку. Пробу ставят на 24 часа.

Анализ результатов кожных аппликационных тестов проводят через 48 часов с момента их постановки. При положительной пробе на коже отмечается развитие воспалительной реакции. Различают следующие степени положительных реакций: простую эритему (+); эритему, отечность, образование папул (++); интенсивную эритему, отечность, образование множественных папул и пузырьков (+++). Если эритема и папулезно-везикулезные высыпания выходят за пределы аппликационной пробы -(++++).

5. Rp.: Zinci oxydi

Talci aa 15,0

Mf. Pulv.

D.S. Для наружного применения.

Задача № 2.

На прием к дерматовенерологу обратился больной с жалобами на появление сыпи в области груди, живота, рук.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. Высыпания имеют ярко-розовую окраску, не возвышаются над уровнем кожи. Размеры высыпаний варьируют от 0,5 до 1 см в диаметре. При надавливании предметным стеклом элементы сыпи исчезают.

1. О каких морфологических элементах идет речь?

2. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
3. Особенности сбора анамнеза у больного кожным заболеванием.
4. Перечислите специальные методы обследования дерматологического больного.
5. Выпишите рецепт водно-взбалтываемой взвеси (болтушки).

Ответ к задаче № 2

1. У больного на коже сосудистые воспалительные пятна (розеола).
2. Данные морфологические элементы характерны для вторичного сифилиса, токсикодермии, инфекционных заболеваний.
3. - Начало заболевания. Причины, с которыми больной связывает свое заболевание. Связь заболевания с приемом тех или иных медикаментов или пищевых продуктов; данные о контакте с производственными вредностями. Результаты лечения заболевания в прошлом.
 - Особенности течения заболевания: сезонность, склонность к рецидивам; связь обострений с физиологическими особенностями организма (менстурация, беременность).
 - Сведения о пребывании больных в эндемических очагах (лепра, лейшманиоз).
 - Семейный характер заболевания (позволяет установить наследственный, врожденный характер болезни или инфекционный и паразитарный).
 - Сведения о половых и бытовых контактах больного при подозрении на инфекции, передаваемые половым путем, заразные кожные заболевания.
 - Наличие сопутствующих заболеваний со стороны внутренних органов (очаги фокальной инфекции, паразитарные инвазии). Перенесенные в прошлом заболевания.
 - Гинекологический анамнез у женщин. Аллергологический анамнез. Вредные привычки.
4. - Метод диаскопии или витропрессии, поскабливания.
 - Определение дермографизма.
 - Определение мышечно – волосяного рефлекса.
 - Использование лампы Вуда для диагностики и дифференциальной диагностики кожных заболеваний.
 - Брать мазки-отпечатки и распознавать акантолитические клетки.
 - Вызывать симптом Никольского
 - Проводить забор патологического материала для выявления чесоточного клеща, патогенных грибов и возбудителей инфекций, передаваемых половым путем.
 - Удалять элементы заразительного (контагиозного) моллюска.
 - Проводить профилактику гонорейных заболеваний глаз у новорожденных
 - Ставить и оценивать кожные пробы
 - Вызывать псориазические феномены
 - Оценивать изоморфную реакцию Кебнера
5. Rp.:Zinci oxydi
 Talci
 Amyli aa 10,0
 Olei Persicorum ad 100,0
 M.D.S. Для наружного применения.

Задача № 3.

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

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер, симметричный. Высыпания локализуются в области лица, шеи, локтевых сгибов и подколенных ямок. В очагах

поражения кожа утолщена, гиперемирована, сухая, кожный рисунок усилен, наблюдаются множественные линейные повреждения, покрытые кровянистыми корочками.

1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи.
2. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
3. Перечислите показания для назначения примочек.
4. Методика постановки кожных проб.
5. Выпишите рецепт на антисептический препарат.

Ответ к задаче № 3

1. Лихенификация (lichenificatio) – ограниченное уплотнение кожи с подчеркнутым кожным рисунком. Напоминает шагреньевую кожу.

Ссадина или эксфолиация. (excoriatio) - нарушение целостности кожного покрова в результате механического повреждения. Как правило, ссадины возникают вследствие расчесов. Могут быть поверхностными и глубокими.

2. Лихенификация характерна для атопического дерматита, застарелой экземы.

Ссадины или эксфолиации характерны для чесотки, атопического дерматита, экземы. Ссадины могут возникать на слизистой в результате повреждения протезом, разрушенным зубом.

3. Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи. Применяются холодными. Назначаются на островоспалительные участки с выраженной отечностью и эритемой (контактный аллергический дерматит, экзема, отек Квинке).

4. Аппликационные пробы обычно проводят на коже внутренней поверхности предплечья, живота или спины. Кожу на участке постановки пробы протирают 70% спиртом. На поверхность кожи накладывают квадратный кусочек марли размером 1x1 до 2x2 см, смоченной раствором испытуемого вещества. Поверх марли накладывают компрессную бумагу, затем - квадрат или две полоски липкого пластыря. При наложении пластыря необходимо следить, чтобы его размер был больше кусочка марли. Затем на кожу в области пробы накладывают бинтовую повязку. Пробу ставят на 24 часа.

5. Rp.:Methyleni blaue 1% - 10,0

M.D.S. Для смазывания кожи.

Задача № 4.

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

ИЗ АНАМНЕЗА. Больным себя считает в течение двух недель, когда появились мелкие высыпания на лице. Самостоятельно не лечился.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже лица. Высыпания представлены бесполостными морфологическими элементами размером до 0,3 см в диаметре. Поверхность элементов гладкая, очертания округлые, цвет желтоватый, консистенция мягкая.

1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи.
2. Какой патоморфологический процесс лежит в основе образования данных морфологических элементов.
3. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
4. Выпишите рецепт цинковой пасты.
5. Перечислите последовательность применения и смены лекарственных форм в зависимости от остроты и динамики кожного процесса.

Ответ к задаче № 4

1. Бугорок (tuberculum) - образование, холмовидно возвышающееся над уровнем кожи и слизистой, величиной до вишневой косточки, образующееся в результате отложения специфического клеточного инфильтрата в собственно коже или в нижних отделах соединительнотканного слоя слизистой оболочки.

2. Гистологически бугорки представляют собой инфекционную гранулему. Патоморфологически в дерме определяются множественные гранулемы, состоящие преимущественно из лимфоцитов с примесью эпителиоидных клеток и клеток Пирогова-Лангханса.

3. Туберкулез кожи, лейшманиоз, лепра, сифилис.

4. Rp.: Zinci oxydi

Vasellini aa 15,0

M.D.S. Для наружного применения.

5. Особое внимание уделяется характеру течения дерматоза (острый, подострый, хронический) и локализации очагов поражения при подборе наружных средств, методу применения и концентрации препарата. Общим правилом является поэтапное проведение наружной терапии с выполнением основного принципа «раздраженное не раздражай» особенно у детей с экзематозным мокнущим процессом и буллезными высыпаниями. Чем острее воспалительный процесс, тем щадящей должна быть терапия, тем более поверхностным должно быть действие лекарственных средств. Примочки, присыпки, взбалтываемые смеси действуют поверхностней паст, мазей, кремов, лаков, пластырей. На островоспалительные участки с выраженной отечностью и эритемой назначаются примочки, взбалтываемые взвеси (болтушки), затем пасты и мази.

Задача №5.

На прием к дерматологу обратилась больная 20 лет с жалобами на высыпания на коже конечностей и туловища, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 3-х дней, когда впервые появились высыпания на коже конечностей и туловища. Высыпания появлялись приступообразно, существовали в течение 2-3 часов и затем бесследно исчезали, сопровождались зудом.

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

1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи.
2. Какие патоморфологические механизмы лежат в основе развития данного морфологического элемента?
3. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
4. Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах кожи.
5. Перечислите слои эпидермиса.

Ответ к задаче № 5

1. Волдырь (urtica) – острый ограниченный отек собственно кожи.

2. Отек собственно кожи.

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

4. Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи. Применяются холодными. Примочки охлажденных растворов применяют при экземе, аллергическом дерматите и токсикодермии, к примеру, Sol. Acidi borici 1-2%, Sol.Tanini 2%, Sol.furacillini 0,01-0,05%. Примочка делается следующим образом: стерильную салфетку или широкий бинт смачивают в лекарственном растворе (для грудных детей - комнатной температуры). Для детей дошкольного, школьного возраста – охлажденные. Салфетку отжимают и накладывают на пораженную поверхность. Не допускать согревание (не более 2-3 мин.)

5. Базальный, шиповидный, зернистый, блестящий, роговой.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Анализировать, оценивать клинические, иммунологические и биохимические исследования.
2. Дать определение и клиническую характеристику первичным и вторичным морфологическим элементам сыпи.
3. Провести оценку гистологических препаратов.
4. Исследовать тактильную, болевую, тепловую и холодовую чувствительность.
5. Поставить аллергические кожные пробы.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Алгоритм обследования дерматологических больных.
2. Основные принципы дифференциальной диагностики кожных заболеваний.
3. Клинические симптомы в дерматологии.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека		

			КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				
11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №6
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Принципы общего лечения кожных болезней»
Индекс темы ОД.О.01.1.6**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема «Принципы общего лечения кожных болезней»

2. Формы работы:

- Написание рефератов.
- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Основные физиотерапевтические методы, применяемые в лечении дерматозов.
2. Принципы и методы патогенетического лечения больных дерматозами.
3. Осложнения системной глюкокортикостероидной терапии.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ГИПОАЛЛЕРГЕННУЮ ДИЕТУ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНЫМ

- 1) с псориазом
- 2) с буллезными дерматозами
- 3) со склеродермией
- 4) с экземой, атопическим дерматитом
- 5) с нейрофиброматозом

правильный ответ: 4

2. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТИТОМ ДЮРИНГА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) исключение из рациона продуктов, приготовленных из злаков
- 2) ограничение углеводов
- 3) ограничение белков
- 4) ограничение поваренной соли
- 5) снижение калорийности пищевого рациона

правильный ответ: 1

3. ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ

- 1) тиосульфат натрия
- 2) пантотеновая кислота
- 3) аскорбиновая кислота
- 4) сернокислая магнезия
- 5) тиосульфат натрия, пантотеновая, аскорбиновая кислота, сернокислая магнезия

правильный ответ: 5

4. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ ИСКЛЮЧАЕТ ОБОГАЩЕНИЕ

- 1) животными белками
- 2) продуктами, содержащими соли калия
- 3) продуктами, содержащими соли кальция
- 4) углеводами и жирами
- 5) продуктами, содержащими соли кальция, углеводами и жирами

правильный ответ: 4

5. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПИОДЕРМИЕЙ НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) ограничение углеводов
- 2) ограничение животных жиров
- 3) ограничение белков
- 4) увеличение белков
- 5) увеличение витаминов

правильный ответ: 3

6. ОСЛОЖНЕНИЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ГОРМОНОВ

- 1) атрофия кожи
- 2) пиодермия
- 3) келоидный рубец
- 4) гиперкератоз
- 5) атрофия кожи, пиодермия

правильный ответ: 5

7. ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА С ИГРАЕТ ОПРЕДЕЛЯЮЩУЮ РОЛЬ ПРИ

- 1) болезни бери-бери
- 2) пеллагре
- 3) цинге
- 4) макрохейлите
- 5) рахите

правильный ответ: 3

8. К СОСТОЯНИЯМ, КОТОРЫЕ ПРИВОДЯТ К ДЕФИЦИТУ ВИТАМИНА Д, ОТНОСЯТСЯ

- 1) недостаточное облучение кожи УФ -лучами спектра В
- 2) недостаточное поступление предшественников витамина Д в организм
- 3) тяжелый физический труд
- 4) нервно-психическое перенапряжение
- 5) недостаточное облучение кожи УФ -лучами, недостаточное поступление витамина Д, тяжелый физический труд, нервно-психическое перенапряжение

правильный ответ: 5

9. ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ:

- 1) антигистаминные средства
- 2) стабилизаторы мембран тучных клеток
- 3) глюкокортикоиды
- 4) нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС)
- 5) антигистаминные средства, стабилизаторы мембран тучных клеток, глюкокортикоиды, НПВС

правильный ответ: 5

10. МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОЖНЫХ БОЛЬНЫХ

- 1) светолечение
- 2) ультразвуковая терапия
- 3) магнитотерапия
- 4) светолечение, ультразвуковая терапия
- 5) светолечение, ультразвуковая терапия, магнитотерапия

правильный ответ: 5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача № 1.

На прием к дерматовенерологу обратился больной с жалобами на появление сыпи в области груди, живота, рук.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. Высыпания имеют ярко-розовую окраску, не возвышаются над уровнем кожи. Размеры высыпаний варьируют от 0,5 до 1 см в диаметре. При надавливании предметным стеклом элементы сыпи исчезают.

1. О каких морфологических элементах идет речь?
2. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
3. Особенности сбора анамнеза у больного кожным заболеванием.
4. Перечислите специальные методы обследования дерматологического больного.
5. Выпишите рецепт водно-взбалтываемой взвеси (болтушки).

Эталон ответа №1

1. У больного на коже сосудистые воспалительные пятна (розеола).
2. Данные морфологические элементы характерны для вторичного сифилиса, токсикодермии, инфекционных заболеваний.
3. - Начало заболевания. Причины, с которыми больной связывает свое заболевание. Связь заболевания с приемом тех или иных медикаментов или пищевых продуктов; данные о контакте с производственными вредностями. Результаты лечения заболевания в прошлом.
 - Особенности течения заболевания: сезонность, склонность к рецидивам; связь обострений с физиологическими особенностями организма (менструация, беременность).
 - Сведения о пребывании больных в эндемических очагах (лепра, лейшманиоз).
 - Семейный характер заболевания (позволяет установить наследственный, врожденный характер болезни или инфекционный и паразитарный).
 - Сведения о половых и бытовых контактах больного при подозрении на инфекции, передаваемые половым путем, заразные кожные заболевания.
 - Наличие сопутствующих заболеваний со стороны внутренних органов (очаги фокальной инфекции, паразитарные инвазии). Перенесенные в прошлом заболевания.
 - Гинекологический анамнез у женщин. Аллергологический анамнез. Вредные привычки.
4. - Метод диаскопии или витропрессии, поскабливания.
 - Определение дермографизма.
 - Определение мышечно – волосяного рефлекса.
 - Использование лампы Вуда для диагностики и дифференциальной диагностики кожных заболеваний.
 - Брать мазки-отпечатки и распознавать акантолитические клетки.
 - Вызывать симптом Никольского

- Проводить забор патологического материала для выявления чесоточного клеща, патогенных грибов и возбудителей инфекций, передаваемых половым путем.
- Удалять элементы заразительного (контагиозного) моллюска.
- Проводить профилактику гонорейных заболеваний глаз у новорожденных
- Ставить и оценивать кожные пробы
- Вызывать псориазические феномены
- Оценивать изоморфную реакцию Кебнера

5. Rp.:Zinci oxydi

Talci

Amyli aa 10,0

olei Persicorum ad 100,0

M.D.S. Для наружного применения.

Задача №2

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

ИЗ АНАМНЕЗА. Больным себя считает в течение двух недель, когда появились мелкие высыпания на лице. Самостоятельно не лечился.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже лица. Высыпания представлены бесполостными морфологическими элементами размером до 0,3 см в диаметре. Поверхность элементов гладкая, очертания округлые, цвет желтоватый, консистенция мягкая.

1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи.
2. Какой патоморфологический процесс лежит в основе образования данных морфологических элементов.
3. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
4. Выпишите рецепт цинковой пасты.
5. Перечислите последовательность применения и смены лекарственных форм в зависимости от остроты и динамики кожного процесса.

Ответ к задаче № 2

1. Бугорок (tuberculum) - образование, холмовидно возвышающееся над уровнем кожи и слизистой, величиной до вишневой косточки, образующееся в результате отложения специфического клеточного инфильтрата в собственно коже или в нижних отделах соединительнотканного слоя слизистой оболочки.
2. Гистологически бугорки представляют собой инфекционную гранулему. Патоморфологически в дерме определяются множественные гранулемы, состоящие преимущественно из лимфоцитов с примесью эпителиоидных клеток и клеток Пирогова-Лангханса.
3. Туберкулез кожи, лейшманиоз, лепра, сифилис.
4. Rp.:Zinci oxydi
Vasellini aa 15,0
M.D.S. Для наружного применения.
5. Особое внимание уделяется характеру течения дерматоза (острый, подострый, хронический) и локализации очагов поражения при подборе наружных средств, методу применения и концентрации препарата. Общим правилом является поэтапное проведение наружной терапии с выполнением основного принципа «раздраженное не раздражай» особенно у детей с

экзематозным мокнущим процессом и буллезными высыпаниями. Чем острее воспалительный процесс, тем щадящей должна быть терапия, тем более поверхностным должно быть действие лекарственных средств. Примочки, присыпки, взбалтываемые смеси действуют поверхностней паст, мазей, кремов, лаков, пластырей. На островоспалительные участки с выраженной отечностью и эритемой назначаются примочки, взбалтываемые взвеси (болтушки), затем пасты и мази.

Задача № 3.

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

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер, симметричный. Высыпания локализируются в области лица, шеи, локтевых сгибов и подколенных ямок. В очагах поражения кожа утолщена, гиперемирована, сухая, кожный рисунок усилен, наблюдаются множественные линейные повреждения, покрытые кровянистыми корочками.

1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи.
2. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
3. Перечислите показания для назначения примочек.
4. Методика постановки кожных проб.
5. Выпишите рецепт на антисептический препарат.

Эталон ответа №3

1. Лихенификация (lichenificatio) – ограниченное уплотнение кожи с подчеркнутым кожным рисунком. Напоминает шагреновую кожу.

Ссадина или эксфолиация. (excoriatio) - нарушение целостности кожного покрова в результате механического повреждения. Как правило, возникают вследствие расчесов. Могут быть поверхностными и глубокими.

2. Лихенификация характерна для атопического дерматита, застарелой экземы.

Ссадины или эксфолиация характерны для чесотки, атопического дерматита, экземы. Ссадины могут возникать на слизистой в результате повреждения протезом, разрушенным зубом.

3. Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи для прекращения мокнутия и уменьшения воспаления. Применяются холодными. Назначаются на островоспалительные участки с выраженной отечностью и эритемой (контактный аллергический дерматит, экзема, отек Квинке).

4. Аппликационные пробы обычно проводят на коже внутренней поверхности предплечья, живота или спины. Кожу на участке постановки пробы протирают 70% спиртом. На поверхность кожи накладывают квадратный кусочек марли размером 1x1 до 2x2 см, смоченной раствором испытуемого вещества. Поверх марли накладывают компрессную бумагу, затем - квадрат или две полоски липкого пластыря. При наложении пластыря необходимо следить, чтобы его размер был больше кусочка марли. Затем на кожу в области пробы накладывают бинтовую повязку. Пробу ставят на 24 часа.

5. Rp.:Methylini coerulei 0,5

Spiritus aeuhylici 70%-50,0

M.D.S. Для смазывания кожи.

Задача №4.

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

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

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В левой подмышечной области пальпируется болезненный, конической формы инфильтрат размером с вишню, в центре которого язва, покрытая гнойной коркой.

Подвижность руки ограничена.

1. Назовите морфологический элемент сыпи, имеющийся у данного больного. Дайте определение.
2. Перечислите первичные морфологические элементы сыпи.
3. Методика взятия материала для выявления чесоточного клеща.
4. Правила постановки и оценки кожных проб.
5. Выпишите рецепт присыпки.

Ответы к задаче №4

1. Узел (nodus) - образование, возвышающееся над кожей, величиной от лесного ореха до размера человеческого кулака, образующееся вследствие отложения в глубоких слоях дермы и подкожной жировой клетчатки или в подслизистом слое слизистой клеточного инфильтрата, опухолевого разрастания, отложения инородных частиц, патологических продуктов обмена.

2. Бесполостные: пятно, узелок, узел, бугорок, волдырь.

Полостные: пузырек, пузырь, гнойничок.

3. Лабораторная диагностика чесотки основана на обнаружении самки чесоточного клеща или ее яиц в содержимом пузырьков или чесоточных ходов. Кожу в очаге поражения смазывают 40% раствором молочной кислоты, которая способствует размягчению рогового слоя, через 10 минут берут соскоб кожи над чесоточными ходами. Можно методом «иглы» - прокалывая пузырьки (в конце чесоточных ходов), забирая из них материал. Полученный материал микроскопируют под малым увеличением.

4. Аппликационные пробы обычно проводят на коже внутренней поверхности предплечья, живота или спины. Кожу на участке постановки пробы протирают 70% спиртом. На поверхность кожи накладывают квадратный кусочек марли размером 1x1 до 2x2 см, смоченной раствором испытуемого вещества. Поверх марли накладывают компрессную бумагу, затем - квадрат или две полоски липкого пластыря. При наложении пластыря необходимо следить, чтобы его размер был больше кусочка марли. Затем на кожу в области пробы накладывают бинтовую повязку. Пробу ставят на 24 часа.

Анализ результатов кожных аппликационных тестов проводят через 48 часов с момента их постановки. При положительной пробе на коже отмечается развитие воспалительной реакции. Различают следующие степени положительных реакций: простую эритему (+); эритему, отечность, образование папул (++); интенсивную эритему, отечность, образование множественных папул и пузырьков (+++). Если эритема и папулезно-везикулезные высыпания выходят за пределы аппликационной пробы -(++++).

5. Rp.:Zinci oxydi

Talci aa 15,0

Mf. Pulv.

D.S. Для наружного применения.

Задача №5.

На прием к дерматологу обратилась больная 20 лет с жалобами на высыпания на коже конечностей и туловища, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 3-х дней, когда впервые появились высыпания на коже конечностей и туловища. Высыпания появлялись приступообразно, существовали в течение 2-3 часов и затем бесследно исчезали, сопровождались зудом.

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

1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи.
2. Какие патоморфологические механизмы лежат в основе развития данного морфологического элемента?
3. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
4. Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах кожи.
5. Перечислите слои эпидермиса.

Ответ к задаче № 5

1. Волдырь (urtica) – острый ограниченный отек собственно кожи.
2. Отек собственно кожи.
3. Возникают при крапивнице, при токсикодермиях, дерматозе Дюринга, при сывороточной болезни, ангионевротическом отеке Квинке.
4. Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи для прекращения мокнутия и уменьшения воспаления. Применяются холодными. Примочки охлажденных растворов применяют при экземе, аллергическом дерматите и токсикодермии, к примеру, Sol. Acidi borizi 1-2%, Sol.Tanini 2%, Sol.furacillini 0,01-0,05%. Примочка делается следующим образом: стерильную салфетку или широкий бинт смачивают в лекарственном растворе (для грудных детей комнатной температуры). Для детей дошкольного, школьного возраста – охлажденные, отжимают и накладывают на пораженную поверхность. Не допускать согревание (не более 2-3 мин.)
5. Базальный, шиповидный, зернистый, блестящий, роговой.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Выписать, оформить рецепты на основные лекарственные средства, применяемые в дерматологии.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Принципы и методы общей терапии больных дерматозами.
2. Лечебные средства и формы их применения в дерматологической практике.
3. Физиотерапевтические методы в лечении дерматозов.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				
11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №7
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

ТЕМА: «Принципы наружного лечения кожных болезней»

Индекс темы ОД.О.01.1.7

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема «Принципы наружного лечения кожных болезней»

2. Формы работы:

- Написание рефератов.
- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Принципы и методы наружного лечения больных дерматозами.
2. Основные лечебные средства для наружного лечения и формы их применения в дерматологической практике.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ВЯЖУЩИЕ ВЕЩЕСТВА:

- а) танин, Бурова жидкость, дерматол, цинка окись.
- б) анестезин, ментол, нашатырный спирт, деготь.
- в) ихтиол, деготь, нафталанская нефть рафинированная
- г) салициловая кислота, молочная кислота, мочевины.
- д) анилиновые красители

Правильный ответ: а

2. НАЗОВИТЕ ЛЕКАРСТВЕННУЮ ФОРМУ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ С НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНЬЮ ПРОНИКНОВЕНИЯ В КОЖУ:

- а) эмульсия (лосьон)
- б) крем
- в) жирная мазь
- г) мазь
- д) раствор

Правильный ответ: в

3. УКАЖИТЕ МЕСТНЫЙ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ НАРУЖНОЙ ГКС-ТЕРАПИИ

- а) задержка роста
- б) катаракта
- в) телеангиоэктазии
- г) глаукома
- д) артериальная гипертензия

Правильный ответ: в

4. КАКАЯ ОБЛАСТЬ МЕНЕЕ ВОСПРИИМЧИВА К ВОЗДЕЙСТВИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ?

- а) кожа лица, шеи
- б) паховая область, половые органы
- в) кожа живота
- г) подмышечные области

д) кожа спины, волосистой части головы, разгибательной поверхности конечностей.

Правильный ответ: д

5. КАКИЕ ВЕЩЕСТВА ПЛОХО ВСАСЫВАЮТСЯ КОЖЕЙ?

а) ланолин, свиной очищенный жир

б) подсолнечное масло

в) касторовое масло

г) вазелин, твердый парафин.

д) глицерин.

Правильный ответ: г

6. КАКАЯ ОБЛАСТЬ МЕНЕЕ ВОСПРИИМЧИВА К ВОЗДЕЙСТВИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ?

а) кожа лица, шеи

б) паховая область, половые органы

в) кожа живота

г) подмышечные области

д) кожа спины, волосистой части головы, разгибательной поверхности конечностей.

Правильный ответ: д

7. ЖИДКАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА, ПОЛУЧАЕМАЯ ПУТЕМ РАСТВОРЕНИЯ ТВЕРДОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЕЩЕСТВА ИЛИ ЖИДКОСТИ:

а) компрессы

б) растворы

в) пасты

г) крема

д) суспензии

Правильный ответ: б

8. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ С МОКНУТИЕМ:

а) кремы, пасты, присыпки, мази.

б) мази согревающие компрессы.

в) мази крема с кератолитическими свойствами.

г) мази крема с биологическими добавками витаминами.

д) примочки, аэрозоли, влажно-высыхающие повязки.

Правильный ответ: д

9. ЧЕРЕЗ КАКОЕ ВРЕМЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОЖНАЯ ПРОБА?

а) 15-20 минут

б) 30 минут

в) 40 минут

г) 60 минут.

д) 2 часа.

Правильный ответ: а

10. НАРУЖНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТ СНАЧАЛА:

- а) на ограниченном участке кожи
- б) на лице
- в) на волосистой части головы
- г) нижней части живота
- д) на коже туловища.

Правильный ответ: а

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

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

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 2-х дней. Отмечала появление высыпаний на руках при использовании стирального порошка.

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

Дерматолог диагностировал контактный аллергический дерматит.

1. Назначьте наружное лечение больной.
2. Перечислите показания к применению примочек.
3. Фармакодинамика примочек.
4. Какие препараты относятся к антисептическим.
5. Порядок смены лекарственных форм наружной терапии.

Ответ к задаче №1

1. Примочки (2% раствор танина, 0,25% раствор нитрата серебра и др.); Пасты (2-5% ихтиоловая, 5% нафталановая и др.); Водно-взбалтываемые взвеси; Мази, содержащие глюкокортикостероиды(0,1% мометазона фууроат или 0,1% метилпреднизолона ацепонат и др.)

2. Примочки и влажно-высыхающие повязки применяют при островоспалительных состояниях кожи, протекающих с выраженной гиперемией, мокнутием и отеком. Примочки назначают, когда воспалительные явления выражены очень резко. В связи с тем, что основой растворов является вода, при определенных обстоятельствах ее можно использовать для примочки или влажно-высыхающей повязки. Примочки применяют следующим образом: холодным лекарственным раствором (4–10° С) смачивают 4-6 слоев марли, слегка отжимают и накладывают на пораженный мокнувший участок. Марлю снова смачивают: вначале через каждые 2-5 минут, а затем – через 5-10 минут (до согревания!). Процедуру продолжают в течение 1,5–2 часов, затем делают перерыв на 2-3 часа и вновь повторяют (2-4 раза в сутки). Способ применения влажно-высыхающей повязки несколько иной: 6–8 слоев марли, смоченной в охлажденном растворе, накладывают на очаг поражения на 3-4 часа, после чего процедура повторяется. Противовоспалительное действие этой формы выражено меньше, чем примочки.

Для примочек используют

- 1-2 % раствор резорцина
- 0,25 % раствор нитрата серебра

- Свинцовая вода
- 2% раствор борной кислоты

3. Адсорбция, охлаждение, связанное с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи, ведущее к уменьшению прилива крови к данному участку. За счет этого происходит прекращение мокнутия и уменьшение воспаления при добавлении различных веществ. Обладают вяжущим, дезинфицирующим и дезодорирующим действием, оказывают боле- и зудоудаляющий эффект.

4. Метиленовый синий, бриллиантовый зеленый, «Фукорцин».

5. Острое воспаление с мокнутием – примочки, аэрозоли, влажно-высыхающие повязки. Острое воспаление без мокнутия- примочки , водные взбалтываемые смеси («болтушки»), кремы ,присыпки, пасты, аэрозоли. Подострое воспаление - кремы, пасты, присыпки, мази. Хроническое неспецифическое воспаление - мази, согревающие компрессы. Выраженная инфильтрация и лихенификация в очагах- мази, кремы (с кератолитическими свойствами). Стадия регресса (ремиссия) – мази, кремы (с биологическими добавками и витаминами).

Задача №2

К дерматологу обратилась больная 38 лет с жалобами на высыпания на коже рук и красной каймы губ, в полости рта.

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

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

Дерматолог диагностировал многоформную экссудативную эритему.

1. Что необходимо учитывать при назначении адекватных средств наружной терапии?
2. Последовательность применения и смена лекарственных форм наружной терапии.
3. Показания к назначению примочек и водно – взбалтываемых смесей.
4. Выпишите рецепт антисептического препарата.
5. При каких состояниях кожи назначаются наружные вяжущие средства?

Ответ к задаче №2

1. Характер воспалительного процесса.
2. Острое воспаление с мокнутием – примочки, аэрозоли, влажно-высыхающие повязки. Острое воспаление без мокнутия- примочки , водные взбалтываемые смеси («болтушки»), кремы ,присыпки, пасты, аэрозоли. Подострое воспаление - кремы, пасты, присыпки, мази. Хроническое неспецифическое воспаление - мази, согревающие компрессы. Выраженная инфильтрация и лихенификация в очагах- мази, кремы (с кератолитическими свойствами). Стадия регресса (ремиссия) – мази, кремы (с биологическими добавками и витаминами).
3. Мокнутие, отек, острое воспаление ограниченных участков кожи.
4. Methyleni coerulei 0,5
Spiritus aethylici 70% 50,0

M.D.S.

5. При состояниях сопровождающихся мокнутием.

Задача №3

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

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

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

1. Назовите морфологические элементы. Дайте им определение.
2. Какой патоморфологический процесс лежит в основе образования данных морфологических элементов.
3. Перечислите показания к назначению мазевой терапии.
4. Что необходимо учитывать при назначении наружной терапии дерматологическому больному?
5. Какие методы обследования дерматологического больного вы знаете?

Ответ к задаче №3

1. Узелок или папула (papula) - образование, возвышающееся над кожей, величиной от просыаного зерна до 2 см в диаметре, образующееся вследствие отложения клеточного инфильтрата (КПЛ, псориаз), новообразования эпителия (бородавки), отложения инородных частиц патологических продуктов обмена (холестерина, амилоида, слизи, кальция и др.). Бляшка – папула размером более 2 см в диаметре. Чешуйки (squama) - роговые пластинки, потерявшие связь с нижележащими слоями эпидермиса.

2. Данные морфологические элементы образовались вследствие отложения клеточного инфильтрата в эпидермисе.

3. Показанием к назначению являются хроническое воспаление кожи с явлениями пассивной гиперемии, инфильтрации, лихенизации, гиперкератоза. Мази оказывают рассасывающий, противовоспалительный, кератопластический, а также кератолитические эффекты.

4. При назначении адекватных средств наружной терапии необходимо:

- проводить осмотр и оценку кожи больного;
- оценить характер морфологических изменений, степень их выраженности, локализацию и площадь поражения кожи;
- выбрать фармакологическое средство с учетом механизма действия (противовоспалительное, кератолитическое, кератопластическое, антибактериальное и др.) лекарственных субстанций, применяемых в моноформе или в комбинации;

-выбрать индивидуально для каждого больного лекарственную форму в зависимости от характера клинко-морфологических изменений (раствор, взбалтываемая смесь, мазь, крем, паста и др.);

-определить методику применения наружного средства;

-при необходимости провести подготовку (очищение) кожи перед началом проведения наружной терапии;

-провести (при необходимости) фармакологическую пробу перед использованием наружного средства;

-соблюдать последовательность применения и проводить смену лекарственных форм в зависимости от остроты и динамики кожного процесса;

-учитывать индивидуальные, топические и возрастные особенности кожи.

Особое внимание уделяется характеру течения дерматоза (острый, подострый, хронический) и локализации очагов поражения при подборе наружных средств, методу применения и концентрации препарата. Общим правилом является поэтапное проведение наружной терапии с выполнением основного принципа «раздраженное не раздражай». Примочки, присыпки, взбалтываемые смеси действуют поверхностней паст, мазей, кремов, лаков, пластырей.

5. Rp.: Diflucani 0,150

D.t.d. №3 in caps.

S. По 1 капсуле 1 раз в неделю.

Задача №4

На прием к дерматологу обратился больной 67 лет с жалобами на высыпания на коже туловища, рук и ног, сопровождающиеся умеренным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болеет около трех лет. Лечился амбулаторно у дерматолога. Получал наружную мазевую терапию.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуясь на коже туловища, верхних и нижних конечностей, лица. Симметричный. На фоне разлитой эритемы множественные везикулы, эрозии, очаги мокнутия, серозные корки. Лицо отечно, гиперемировано. Кожа тыла кистей лихенифицирована, покрыта пластинчатыми чешуйками, отмечаются поверхностные трещины.

1. Показания к применению водно – взбалтываемых смесей.

2. Фармакодинамика паст.

3. Выпишите рецепт наружного антипаразитарного средства.

4. Абсолютные противопоказания к применению наружных глюкокортикоидных средств.

5. Общие правила назначения наружных ГКС.

Ответ к задаче №4

1. Распространенный острый процесс без явлений мокнутия.

2. Адсорбция, сужение сосудов, смягчение рогового слоя эпидермиса, усиление проницаемости лекарственных веществ.

3. Rp: Ung. Sulfurati 33% 100,0

D.S. Смазывать кожу 1 раз в день

Применяют в течение 6 дней. У детей используют 10—15% серную мазь

4. 1) Туберкулезный или сифилитический процессы в области нанесения препарата;

2) Вирусные заболевания, в том числе простой герпес, ветряная оспа, опоясывающий лишай в области нанесения препарата; 3) Кожные реакции на вакцинацию в области нанесения препарата;

4) Повышенной чувствительности к компонентам препарата.

- 5.- Предпочтение следует отдавать препаратам с высокой эффективностью и безопасностью, обладающим пролонгированным действием (прием 1 раз в сутки).
- Следует начинать терапию с сильных ГКС (3-5 дней), затем (при необходимости) продолжить более слабыми ГКС-препаратами (до 2-3 недель)
 - Предпочтение следует отдать коротким интермиттирующим курсом, но не длительным непрерывным.
 - Не следует назначать фторсодержащие ГКС младенцам и детям первых лет жизни и применять на область лица, шеи, в естественных складках, аногенитальной области.
 - Инфекционные осложнения следует санировать дополнительными местными или системными средствами, до начала использования топических ГКС.

Задача №5

На прием к дерматологу обратилась больная 20 лет с жалобами на высыпания на коже туловища, рук и ног, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение 2-х дней. Заболевание началось после приема антибиотиков по поводу ангины. Появилась сыпь на туловище, беспокоил зуд. Отдельные элементы сыпи за несколько часов исчезали, свежие элементы сыпи появлялись.

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

1. Показания к применению наружных противозудных средств.
2. Общие правила назначения наружных глюкокортикоидных средств.
3. На что должен быть ориентирован врач при назначении ГКС?
4. Фармакодинамика мазей.
5. Выпишите рецепт цинковой пасты.

Ответ к задаче №5

1. Дерматозы сопровождающиеся зудом.
2. 1) Препараты назначают только в острой и/или хронической фазах заболевания.
2) Предпочтение следует отдавать препаратам с высокой эффективностью и безопасностью, обладающим пролонгированным действием (прием 1 раз в сутки).
- 3) Следует начинать терапию с сильных ГКС (3-5 дней), затем (при необходимости) продолжить более слабыми ГКС-препаратами (до 2-3 недель)
 - 4) Предпочтение следует отдать коротким интермиттирующим курсом, но не длительным непрерывным.
 - 5) Не следует назначать фторсодержащие ГКС младенцам и детям первых лет жизни и применять на область лица, шеи, в естественных складках, аногенитальной области.
 - 6) Инфекционные осложнения следует санировать дополнительными местными или системными средствами, до начала использования топических ГКС.
3. Как классифицировать активность местных стероидов; Какие технологии применения следует рекомендовать; Какие меры предосторожности следует соблюдать в педиатрической практике; Какие местные нежелательные побочные эффекты можно ожидать; С какой лекарственной формы следует начать лечение.

4. Препятствует испарению воды с поверхности кожи, уменьшает теплоотдачу, что влечет за собой расширение сосудов и прилив крови к данному участку, размягчает эпидермис и способствует глубокому проникновению в кожу лекарственных веществ.

5. Rp: Pastae Zinci 40,0

D.S. Наносить на очаги 2 раза в день.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Методики применения наружных лекарственных средств.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Принципы и методы наружного лечения больных дерматозами.

2. Лечебные средства для наружного лечения и формы их применения в дерматологической практике.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева,	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

		Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.			
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков , Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				
11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №8
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Пиодермии. Этиология. Патогенез. Клиническим формы.
Диагностика. Лечение»**

Индекс темы ОД.О.01.1.8

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А.

Красноярск
2018

1. Тема «Пиодермии. Этиология. Патогенез. Клиническим формы. Диагностика. Лечение.»

2. Формы работы:

- Проработка учебного материала по учебной и научной литературе.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Диагностика пиодермий.
2. Клинические формы пиодермий.
3. Дифференциальная диагностика пиодермий.
4. Современные методы лечения больных различными формами пиодермии.
5. Тактика ведения больных пиодермиями.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ПОВЕРХНОСТНАЯ ФОРМА СТАФИЛЛОДЕРМИИ:

- а) вульгарный сикоз
- б) фурункул
- в) гидраденит
- г) карбункул

Правильный ответ: а

2. ПРИ ФУРУНКУЛЕЗЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ИССЛЕДОВАНИЕ:

- а) крови на сахар
- б) крови на билирубин
- в) мочи на креатинин
- г) кала на гельминты
- д) всего перечисленного

Правильный ответ: а

3. ДЛЯ СТРЕПТОКОККОВОГО ИМПЕТИГО НЕ ХАРАКТЕРНО:

- а) появления на коже фликтен
- б) желтых корок
- в) быстрого распространения
- г) воспалительных узлов
- д) воспалительного ободка вокруг фликтен

Правильный ответ: г

4. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛА РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- а) в стадии начальной инфильтрации
- б) в стадии размягчения центральной части
- в) в стадии формирования стержня
- г) при абсцедировании

д) не рекомендуется

Правильный ответ: г

5. ПРИ ФУРУНКУЛЕЗЕ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ:

а) флуцинар.

б) чистый деготь

в) мази с антибиотиками

г) фукорцин

д) анилиновые красители

Правильный ответ: а

6. МАСЛЯНЫЙ ФОЛЛИКУЛИТ ОБЪЯСНЯЕТСЯ:

а) затвердением масла в фолликуле

б) активизацией роста бактерий под влиянием масла

в) фолликулярным гиперкератозом

г) всеми перечисленными факторами

д) активизацией роста бактерий под влиянием масла
и фолликулярным гиперкератозом

Правильный ответ: д

7. ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ АБСЦЕССАХ У ДЕТЕЙ НАЗНАЧАЮТСЯ:

а) антибиотики

б) вскрытие абсцессов

в) анилиновые красители

г) местно ихтиоловая мазь

д) антибиотики, вскрытие абсцессов,
анилиновые красители, местно ихтиоловая мазь

Правильный ответ: д

8. ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ОСНОВНЫМ В ЛЕЧЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) антибиотики

б) чистый ихтиол

в) анилиновые красители

г) УВЧ

д) УФО

Правильный ответ: а

9. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТАФИЛОДЕРМИЯМИ НЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ АНТИБИОТИКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) пенициллина

б) канамицина

в) цепорина

г) ампиокса

д) линкомицина

Правильный ответ: а

10. ПРИ НАРУЖНОМ ЛЕЧЕНИИ ПИОДЕРМИИ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- а) анилиновые красители
- б) дезинфекция кожи вокруг очага
- в) бритья волос
- г) удаления корок
- д) мази с антибиотиками

Правильный ответ: в

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

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

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен в течение 5 дней. После бритья появился гнойничок над верхней губой. Больной пытался его выдавить. Через день образовалось болезненное уплотнение величиной чуть больше горошины. Через два дня инфильтрат увеличился, кожа над ним покраснела. Температура тела была 37.4 С. Больного стали беспокоить головные боли, общее недомогание. ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже носогубного треугольника слева узел величиной до вишни, болезненный при пальпации. Кожа над узлом синюшно-красного цвета. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны.

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

Ответ к задаче № 1

1. Фурункул носогубного треугольника.

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

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

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

Защитные функции кожи могут видоизменяться под влиянием разнообразных внешних факторов: нарушения целостности рогового слоя (травматизация механическими факторами, химическими веществами, мацерация), загрязнения кожи, нарушения секреторной функции кожи. Повышенное потоотделение ведет к мацерации, снижается кислотность поверхности кожи, что создает предпосылки для размножения пиококков, проникновению их в глубину

кожи. Имеет значение себорейное состояние кожи (количественные и качественные изменения кожного сала, снижение его стерилизующих свойств).

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

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

4. Общее лечение:

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

Местное лечение:

- 1) Препараты с противовоспалительным, антисептическим действием (ихтиоловая мазь 10%, ихтиоловая паста 2—5%, аппликации на инфильтративный очаг).
- 2) Анилиновые красители (бриллиантового зеленого спиртовой раствор 1%, фуорцин спиртовой раствор, метиленовый синий 1—3% водный раствор, калия перманганата 0,01—0,1% раствор, аппликации 2—3 р/сут.)
- 3) Антисептические наружные препараты (раствор перекиси водорода, хлоргексидина биглюканат 0,5% спиртовой, 1% водный раствор, хлорофиллипт масляный раствор 2%, аппликации 2-3 р/сут.).
- 4) Антимикробные препараты (неомицина сульфат (5000 МЕ/5мг)+ бацитрацин цинк (250МЕ), гентамицина сульфат 0,1% мазь или крем, фузидовая кислота 2% крем или мазь, мупирицин 2% мазь, эритромицин мазь (10 000 ЕД/г), линкомицина гидрохлорид мазь, сульфатиазол серебра 1% крем, цинка гиалуронат раствор или гель, аппликации 2—3 р/сут. Курс лечения составляет 7—14 дней).

5. -своевременная антисептическая обработка микротравм, трещин, раневых поверхностей.

- рациональный уход за кожей лица.

Задача №2

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

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

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

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

Ответ к задаче № 2

1. Стрептококковое импетиго.

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

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

4.- Щелевидное импетиго (заеда, угловой стоматит).

- Околоногтевое импетиго (турниоль, поверхностный панариций).

- Пузырное (буллезное) импетиго.

- Кольцевидное импетиго.

- Гирляндоподобное импетиго.

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

- Интертригинозная стрептодермия.

- Эритемато-сквамозная стрептодермия

- Острая диффузная поверхностная стрептодермия.

5. Rp: Liquoris Castellani 50,0

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

Rp: Fucorcini 25,0

D.S. Смазывать очаги 1 раз в день.

Rp: Ung. Erythromycini 1% 10,0

D.S. Смазывать очаги 2 раза в день.

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

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

Rp: Ung. Lyncomycini 2%-15,0

D.S. Наносить на очаги поражения.

Задача №3

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

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

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

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

Ответ к задаче № 3

1. Фурункулез.
2. Фурункулез – хроническая рецидивирующая стафилодермия.
3. Возбудителем инфекции является стафилококк. Исследования последних лет показали, что в основе хронической пиодермии лежит иммунодефицитное состояние. Изменения в основном касаются состояния специфических и неспецифических компонентов клеточного звена иммунитета. Отмечено снижение количественных и функциональных показателей основных регуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов хелперов и супрессоров, снижение фагоцитарной активности нейтрофилов и тканевых макрофагов, снижение продукции Ig G, IgA.
4. - Общий анализ крови.
 - Общий анализ мочи.
 - Биохимический анализ крови: общий белок, общий билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, креатинин, мочевины, глюкоза.
 - Гистологическое исследование биоптата кожи (в сомнительных случаях).
 - Исследование показателей иммунологического статуса.
 - Микробиологическое выделение и идентификация микробной флоры кожи с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам.
5.
 - 1) Лечение выявленных сопутствующих заболеваний (сахарного диабета).
 - 2) Полноценная диета, богатая витаминами. В пище ограничение соли, углеводов, исключение алкоголя.
 - 3) Противорецидивное лечение (курс витаминотерапии, фитотерапии, УФО, иммунокорригирующая терапия).
 - 4) Диспансерное наблюдение.

Задача №4

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

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

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

При осмотре полости рта больного обнаружены кариозные зубы.

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

Ответ к задаче № 4

1. Стрептококковое импетиго.

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

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

4.- Общий анализ крови.

- Общий анализ мочи.
- Микробиологическое выделение и идентификация микробной флоры кожи с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам.

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

Задача №5

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

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

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

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

Ответ к задаче №5

1. Стрептококковое импетиго (поверхностный панариций).

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

3. Антибиотики

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

Сульфаниламиды.

Наружная терапия.

Очаг поражения обрабатывается антисептическими растворами (1% спиртовой раствор хлорофиллипта, фукоцин, 1% раствор метиленовой синьки). Везикулопустулезные элементы сыпи необходимо вскрывать стерильной иглой, смазывать 2-3 раза в день водными и спиртовыми растворами анилиновых красителей (1-2% раствором метиленовой синьки, бриллиантовой зелени; 0,5% раствором перманганата калия, краской Кастеллани). Для снятия

корок используют дезинфицирующие, кератолитические и кератопластические мази: 1-2% салициловую, 3-5% дерматоловую; фуцидин мазь и крем. Применяют мази с антибиотиками: тетрациклиновую, эритромициновую, гентамициновую.

4. Поверхностный панариций может превратиться в глубокий.

5. - своевременное антисептическая обработка микротравм, трещин, раневых поверхностей.

- рациональный уход за кожей рук.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Осмотр больных, определение морфологических элементов, их интерпретация.

2. Дополнительные методы исследования: граттаж, витропрессия.

3. Интерпретация лабораторных методов исследования.

4. Выписка рецептов на общие и местные лекарственные средства.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Методы диагностики пиодермий.

2. Алгоритм обследования больных пиодермиями.

3. Клинические формы стафилодермий у детей.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ		

			2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				
11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №9
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Дерматозоонозы. Чесотка.
Педикулез. Лейшманиоз»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.9

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема «Дерматозоозы. Чесотка. Педикулез. Лейшманиоз.»

2. Формы работы:

- Подготовка к тестированию.
- Конспектирование первоисточников и другой учебной литературы.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Диагностика дерматозоозов.
2. Клинические разновидности чесотки.
3. Дифференциальная диагностика дерматозоозов.
4. Современные методы лечения больных различными дерматозоозами.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЧЕСОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) *Sarcoptes scabiei hominis*
- 2) *Demodex folliculorum*
- 3) *Leishmania tropica*
- 4) *Treponema pallidum*
- 5) *Chlamydia trachomatis*

Правильный ответ: 1

2. ЧЕСОТКА ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) головными вшами
- 2) платяными вшами
- 3) чесоточным клещом
- 4) лейшманиями
- 5) туберкулезной палочкой

Правильный ответ: 3

3. ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕСОТКОЙ

- 1) алиментарный
- 2) воздушно- капельный
- 3) трансмиссивный
- 4) контактный
- 5) парентеральный

Правильный ответ: 4

4. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЖАЛОБЫ У БОЛЬНЫХ ЧЕСОТКОЙ

- 1) дневной зуд
- 2) ночной зуд
- 3) боль
- 4) жжение
- 5) парестезии

Правильный ответ: 2

5. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЧЕСОТКИ

- 1) зуд в вечернее и ночное время
- 2) парное расположение морфологических элементов сыпи
- 3) узелки, чесоточные ходы
- 4) зуд в вечернее и ночное время; парное расположение морфологических элементов сыпи
- 5) зуд в вечернее и ночное время; парное расположение элементов сыпи; узелки, чесоточные ходы

Правильный ответ: 5

6. ДЛЯ ЧЕСОТКИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) бугорки
- 2) узлы
- 3) парно расположенные пузырьки и узелки
- 4) волдыри
- 5) полигональные папулы

Правильный ответ: 3

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЧЕСОТКИ

- 1) вторичная пиодермия
- 2) сепсис
- 3) рубцовая атрофия кожи
- 4) флегмоны
- 5) эритродермия

Правильный ответ: 1

8. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ НА КОЖЕ ПРИ ЧЕСОТКЕ У ВЗРОСЛЫХ

- 1) на коже туловища, кистей рук
- 2) на волосистой части головы
- 3) на коже ладоней
- 4) в межлопаточной области
- 5) на коже лица

Правильный ответ: 1

9. ЗУД, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЧЕСОТКИ, ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ

- 1) утром
- 2) в период с 15 до 16 часов
- 3) вечером и ночью
- 4) время суток не имеет значения
- 5) зуд при чесотке отсутствует

Правильный ответ: 3

10. НОРВЕЖСКАЯ ЧЕСОТКА

- 1) представляет географическую разновидность обычной чесотки
- 2) вызывается аномальной реакцией хозяина

- 3) вызывается чесоточными клещами – паразитами животных
- 4) обычно бывает у инвалидов и умственно отсталых людей
- 5) вызывается аномальной реакцией хозяина; обычно бывает у инвалидов и умственно отсталых людей

Правильный ответ: 5

11. СИМПТОМ АРДИ НАБЛЮДАЕТСЯ НА

- 1) локтях
- 2) гениталиях
- 3) кистях
- 4) животе
- 5) волосистой части головы

Правильный ответ: 1

12. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЧЕСОТОЧНЫХ ХОДОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) пробу Ядассона
- 2) масляную пробу
- 3) йодную пробу
- 4) фенолфталеиновую пробу
- 5) реакцию Манту

Правильный ответ: 3

13. К ПАРАЗИТАРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1) чесотка
- 2) псориаз
- 3) экзема
- 4) сифилис
- 5) рубромикоз

Правильный ответ: 1

5.Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

На прием к дерматологу обратился больной 40 лет с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся зудом, усиливающимся в ночное время.

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

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

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте алгоритм обследования больного
3. С какими дерматозами необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Общие принципы лечения заболевания.
5. Профилактика заболевания

Ответ к задаче №1

1. Распространенная чесотка, осложненная пиодермией.
2. Диагноз чесотки ставится на основании клинической картины, данных анамнеза, эпидемиологических данных и результатов лабораторного исследования.
Для выявления чесоточного клеща проводят микроскопическое исследование нативного препарата соскоба с кожи. Положительным считают результат при обнаружении в препаратах самки клеща, яиц, личинок, опустевших яйцевых оболочек или хотя бы одного из этих элементов.
3. С аллергическим дерматитом, пиодермией, крапивницей, флеботодермией, почесухой.
4. - Лечение больных, выявленных в одном очаге, должно проводиться одновременно во избежание повторного заражения
 - Лечение назначают всем лицам, контактировавшим с больными (членам семьи, половым партнером и др.)
 - Акарицидные препараты наносят на кожу в вечернее время, что связано с повышением активности возбудителя в вечернее и ночное время и поступлением скабицидов в кишечник при питании клеща.
 - Лечение чесотки и ее осложнений проводят одновременно, так как при устранении этиологического фактора в большинстве случаев исчезают и осложнения.
 - Мытье больного дает хороший дополнительный эффект. Оно проводится перед началом и по окончании курса лечения. При необходимости больной может смывать препарат каждое утро, однако экспозиция его на коже должна составлять не менее 12 часов, включая ночной период.
 - Смену постельного белья проводят до лечения и по окончании курса терапии.
 - Постскабиозный зуд после проведения полноценной терапии расценивается как реакция организма на убитого клеща, обычно не требует повторного назначения препарата и быстро устраняется антигистаминными препаратами, глюкокортикостероидными или смягчающими мазями.
 - Длительно персистирующая постскабиозная лимфоплазия, как результат иммуноаллергической реакции организма, не требует дополнительной специфической терапии.
 - Одновременно с лечением проводят дезинфекцию одежды.
5. - Активное выявление больных
 - Привлечение и обследование источников заражения и контактных лиц
 - Проведение профилактических и лечебных мероприятий в очагах.
 - Организация и проведение дезинфекции в очагах чесотки.

Задача №2

На прием к дерматовенерологу обратилась больная 30 лет с жалобами на появление «опухоли» на коже плеча.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больная в течение 6 месяцев, когда на коже плеча появился узел, который медленно увеличивался в размерах. Образование больную не беспокоило. За последние 2 недели отметила изъязвление данного образования.

Больная проживает в Таджикистане.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. На коже сгибательной поверхности правого плеча располагается тестоватой консистенции узел 3,0 - 3,5 см в диаметре, в центре которого имеется неправильной формы язва с круто – обрывистыми краями. Дно язвы неровное, зернистое, местами покрыто желто – серым налетом. Вокруг язвы валообразный умеренно - плотный инфильтрат. Лимфатические узлы не увеличены. Отмечается четковидный лимфангоит.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию.
3. Этиология заболевания.
4. Эпидемиология заболевания.
5. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.

Ответ к задаче №2

1. Лейшманиоз, городской тип (антропонозный кожный лейшманиоз).
2. Лейшманиоз – вызванное простейшими заболевание с различными клиническими проявлениями, которые зависят и от вида лейшманий как инфицирующего агента, и от иммунного ответа хозяина.

3. Возбудитель кожного лейшманиоза получил название *Leishmania tropica*.

По морфологическим особенностям выделяют две разновидности лейшманий:

1. *Leishmania tropica* var. *major* – большие паразиты округлой, овальной формы и редко имеющие форму рисового зерна величиной 5,49*3,92 мкм.
2. *Leishmania tropica* var. *minor* – малые паразиты преимущественно в форме рисового зерна, реже круглые или овальные величиной 3,92*3,24 мкм.

П. В. Кожевников и Н. И. Латышев выделили 2 типа кожного лейшманиоза на основании клинических и эпидемиологических данных. Первый тип антропонозный, городской, вызывается *Leishmania tropica* var. *minor*, второй тип зоонозный, сельский, вызывается *Leishmania tropica* var. *major*.

4. Существование лейшманий связано со сменой «хозяев»: хранителя вируса («резервуара инфекции») и кровососущего переносчика, которым является mosquito. В городах основным «хранителем вируса» является больной человек. Роль собачьего лейшманиоза и других предполагавшихся резервуаров инфекции остается пока неясной. Резервуаром вируса сельского лейшманиоза является большая песчанка и тонкопалый суслик. Сельский кожный лейшманиоз является зоонозом – заболеванием животных. Попутно заболевает человек, попавший в этот природный очаг трансмиссивной болезни.

Заболеемость зоонозным лейшманиозом в эндемических зонах (в Средней Азии и на Кавказе) начинается в июне и заканчивается в ноябре, когда прекращается лет moskitov. Строго постоянная сезонная заболеемость отсутствует при антропонозном лейшманиозе, так как основным источником заражения является больной человек.

Moskity заражаются лейшманиями при кровососании пораженных участков кожи больных грызунов или человека. В кишечнике москита лейшмании-амастиготы превращаются в жгутиковые формы лептомонады-промастиготы.

Воротами инфекции является кожа в месте укуса москита. Здесь происходят размножение и накопление лейшманий.

5. - грибковые инфекции (споротрихоз, бластомикоз)
- бактериальные инфекции (лепра, туберкулез кожи)
- трепонематозы (фрамбезия, пинта)

- пиодермии (импетиго, эктима, фурункулез)
- вирусные дерматозы
- опухоли (лимфома кожи, кератоакантома, базальноклеточная карцинома)

Задача №3

На консультацию к дерматовенерологу из школы – интерната доставлена девочка 8 лет с жалобами на появление корок на голове, интенсивный зуд головы.

При осмотре на волосистой части головы в затылочной области обнаружены вши, на волосах располагаются гниды. Волосы склеены серозно – гнойным экссудатом. Кожа головы эритематозна, покрыта геморрагическими и гнойными корками. Задние шейные лимфатические узлы увеличены в размерах, болезненные при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику данного дерматоза?
4. Эпидемиология заболевания.
5. Назначьте лечение больной.

Ответ к задаче №3

1. Педикулез волосистой части головы, осложненный пиодермией
2. Заболевание вызывают облигатные паразиты человека – вши. Вши – плоские бескрылые насекомые. Для каждого специфического участка тела характерен свой вид вшей.
3. С себорейным дерматитом, чесоткой, импетиго и микозами волосистой части головы; укусами блох, клопов
4. Заражение педикулезом волосистой части головы происходит обычно через головные уборы, щетки для волос, наушники, а также возможно заражение при прямом контакте.
5. Показаны пиретрины, природные и синтетические инсектициды.
Перметрин (5% жидкость) на ночь под шапочкой для душа. Возможно бритье головы.
В период лечения полезно расчесывать волосы специфическим гребнем против гнид. Обработка волос раствором из 50% уксуса и 50% воды, который наносят на волосы и удаляют через 15 минут, (помогает отклеить яйца гнид). Лечение повторить через 3-5 дней.

Задача №4

На прием к детскому дерматологу обратилась мать с грудным ребенком.

ИЗ АНАМНЕЗА. Ребенок заболел 2 недели назад, когда появились высыпания пузырьков на коже туловища, лица и конечностей, сопровождающиеся сильным зудом. Педиатром диагностирован аллергический дерматит и назначено лечение (тавегил и адвантан). Положительно эффекта от лечения не наблюдалось. Ребенок постоянно беспокоится по ночам из-за интенсивного зуда, плачет, прерывисто спит. Два дня назад появились гнойнички на кистях и стопах, сопровождающиеся подъемом температуры до 38С.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожный процесс носит распространенный характер с преимущественной локализацией на животе и лице. Высыпания представлены парными везикулезными элементами, кровянистыми и гнойными корочками, эскориациями, пустулами, окруженными ярко гиперемированным воспалительным венчиком.

У матери также отмечают высыпания и зуд.

1. Поставьте диагноз.
2. Особенности клинических проявлений заболевания у детей.
3. Какие симптомы характерны для данного заболевания?

4. Какое заболевание называют псевдосаркоптозом?
5. Особенности лечения заболевания у детей.

Ответ к задаче №4

1. Распространенная чесотка, осложненная пиодермией.
2. Локализация сыпи на не типичных участках кожи (лицо, волосистая часть головы, ладони и подошвы), поражение ногтевых пластинок, частое осложнение пиодермией и дерматитом, наличие пемфигоидных элементов сыпи
3. Арди - наличие пустул и гнойных корочек на локтях и в их окружности.
Горчакова - наличие там же кровянистых корочек.
Михаэлиса - наличие кровянистых корочек и импетигиозных высыпаний в межъягодичной складке с переходом на крестец.
Сезари - обнаружение чесоточных ходов в виде легкого возвышения при их пальпации.
4. Псевдосаркоптозом называют заболевание, возникающее у человека при заражении антропонозными клещами от животных (собаки, свиньи, лошади, верблюды, олени, овцы, козы, кролики, лисицы и др). Собаки являются наиболее частыми источниками инвазии, особенно у детей. Описаны даже небольшие эпидемии псевдосаркоптоза. Для заболевания характерен короткий инкубационный период (несколько часов), отсутствие чесоточных ходов, т.к. клещи не размножаются на несвойственном хозяине. Клещи наносят укусы, вызывая сильный зуд. Высыпания представлены пруригинозными папулами, папуловезикулами преимущественно на открытых участках кожного покрова. От человека к человеку заболевание не передается. При устранении источника может наступить самоизлечение.
5. - Втирание мази в кожу ребенка проводит мать или другое ухаживающее за ним лицо.
- Обязательно втирать препарат во все участки кожного покрова, даже в случае ограниченного поражения, исключая кожу в области лица и волосистой части головы.
- Во избежание попадания препарата в глаза при прикасании к ним руками, маленьким детям надевают распашонку (рубашку) с зашитыми рукавами или варежки (рукавички); можно наносить препарат во время сна ребенка.

Задача №5

У девочки 2-х лет около года назад выявили острый лимфобластный лейкоз, по поводу которого была проведена химиотерапия. По достижении ремиссии, ей была назначена поддерживающая доза препарата. Во время одного из ежемесячных посещений врача у нее обнаружили умеренно зудящую сыпь на лице.

При осмотре на коже лица множество красных папул и пустул диаметром 1-3 мм, экскориации. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. Гематокрит 30%. Число лейкоцитов крови $1,5 \times 10^9 / л$; лейкоцитарная формула в норме. Окраска по Граму содержимого пустул выявила множество нейтрофилов, но не выявила микроорганизмов. Микроскопия препарата, обработанного гидроксидом калия, не выявила элементов грибов, но обнаружила множество клещей *Demodex folliculorum*.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Что послужило предрасполагающим фактором в развитии заболевания у ребенка?
4. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
5. Назначьте лечение больной.

Ответ к задаче №5

1. Демодикоз у ребенка со сниженным иммунитетом.

2. Заболевания вызывают условно-патогенные клещи *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*, обитающие в волосяных фолликулах. Этим клещей нередко обнаруживают у здоровых взрослых людей, но их никогда не выявляли у новорожденных и очень редко — у детей. *Demodex spp.* выявляют в соскобе с кожи или при биопсии кожи у 10-13% взрослых здоровых людей. Клещ обитает в сально-волосяных фолликулах. Особенно велика концентрация клещей в коже носогубных складок, носа, век, то есть на участках кожи, богатых сальными железами. Этим можно объяснить тот факт, что клещ редко выявляют у детей, кожа которых характеризуется низкой продукцией кожного сала.

3. Сниженный иммунитет послужил предрасполагающим фактором в развитии заболевания. Иммунодефицит, обусловленный химиотерапией, злокачественными новообразованиями и ВИЧ-инфекцией, способствует развитию демодекоза,

4. Дифференциальный диагноз при демодекозе проводят с дермагофитией, кандидозом, лекарственной токсидермией, импетиго, фолликулитом, обыкновенными угрями, розовыми угрями и околоротовым дерматитом.

5. Перметрин (5% крем) на ночь. Эффективность перметрина подтверждает диагноз.

Кроме того, применяют метронидазол (крем), линдан (лосьон) и эритромицин внутрь.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Сбор анамнеза у больных дерматозоозами.
2. Осмотр больных, определение морфологических элементов, их интерпретация.
3. Интерпретация лабораторных методов исследования.
4. Методики выявления чесоточных ходов, обнаружения чесоточного клеща.
5. Выписка рецептов.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Диагностика дерматозоозов.
2. Классификация дерматозоозов.
3. Алгоритм обследования больных дерматозоозами.
4. Клинические разновидности дерматозоозов.
5. Дифференциальная диагностика дерматозоозов.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

п/п	№ Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	н а кафедр е
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	htmlред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	н а кафедр е
1.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2016	3	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с.Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярск: КрасГМУ, 2015
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев Красноярск: КрасГМУ, 2016
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №10
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

ТЕМА: «Этиология и патогенез грибковых заболеваний кожи»

Индекс темы ОД.О.01.1.2.10

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018г.

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор _____

Составитель:

к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема «Этиология и патогенез грибковых заболеваний кожи»

2. Формы работы:

- Поиск и обзор научных публикаций и электронных источников информации.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиология микозов.
2. Патогенез микозов.
3. Классификация микозов (МКБ-Х).

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИКОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) стрептококки
- 2) стафилококки
- 3) грибы
- 4) вирусы
- 5) гонококки

Правильный ответ: 3

2. ЗООФИЛЬНЫМИ ГРИБАМИ ВЫЗЫВАЕТСЯ:

- 1) микроспория
- 2) поверхностная трихофития
- 3) розовый лишай
- 4) разноцветный лишай
- 5) микоз стоп

Правильный ответ: 1

3. К КЕРАТОМИКОЗАМ ОТНОСИТСЯ:

- 1) микоз стоп
- 2) фавус
- 3) отрубевидный лишай
- 4) микроспория
- 5) бластомикоз

Правильный ответ: 3

4. К ТРИХОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) трихофития, эпидермофития, фавус
- 2) фавус, дрожжевой глоссит
- 3) микроспория, фавус, трихофития
- 4) трихофития, микроспория, хейлит

Правильный ответ: 3

5. ПРИ ОТРУБЕВИДНОМ ЛИШАЕ ПОРАЖАЕТСЯ:

- 1) кожа туловища
- 2) ладони
- 3) подошвы
- 4) слизистые
- 5) ногти

Правильный ответ: 1

6. ДЛЯ ПРОБЫ БАЛЬЗЕРА ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) 5% йодную настойку
- 2) 5% салициловый спирт
- 3) тетрациклиновая мазь
- 4) настойку календулы
- 5) эритромициновая мазь

Правильный ответ: 1

7. К КЕРАТОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) трихофития
- 2) микроспория
- 3) эритразма
- 4) отрубевидный лишай
- 5) хромомикоз

Правильный ответ: 4

8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ОТРУБЕВИДНОМ ЛИШАЕ:

- 1) ладони
- 2) волосистая часть головы
- 3) половые органы
- 4) кожа туловища, плечевой пояс
- 5) подошвы

Правильный ответ: 4

9. ПРИ КЕРАТОМИКОЗЕ ПОРАЖАЕТСЯ:

- 1) сосочковый слой
- 2) сетчатый слой
- 3) зернистый слой
- 4) роговой слой
- 5) базальный слой

Правильный ответ: 4

10. ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЯТЕН ПРИ РАЗНОЦВЕТНОМ ЛИШАЕ:

- 1) стопы
- 2) ладони
- 3) плечевой пояс
- 4) крупные складки кожи
- 5) слизистые оболочки

Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

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

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?
3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?
4. Методы общей и наружной терапии.
5. Меры общей и личной профилактики.

Ответ к задаче №1

1. Микоз стоп, интертригинозно-дисгидротическая форма клинически.
2. -Микроскопическое исследование патологического материала: чешуек кожи стоп.
-Культуральное исследование.
3. Дифференциальная диагностика с дисгидротической экземой, псориазом, пустулезным бактериодом Эндрюса, кератодермией, паховой эпидермофитией, красной волчанкой.
4. Общее лечение:
 - 1) При острых воспалительных явлениях (кальция глюконат 10% раствор, в/в или в/м по 5—10 мл 1 р/сут в течение 10—15 дней, кальция пантотенат по 0,5 г 3 р/сут, натрия тиосульфат, 30% раствор, внутривенно 5 мл 1 р/сут в течение 10 дней, супрастин внутрь по 0,025 г 2-3 р/сут в течение 10-15 дней, диазолин внутрь по 0,1 г).

Местное лечение:

- На первом этапе терапии (борная кислота, 2% раствор, местно 2—3 р/сут в течение 1—2 дней, бриллиантовый зеленый, 1 % водный раствор, местно 1—2 р/сут в течение 1-2 дней, калия перманганата, раствор 1: 6000, резорцин, 0,5% раствор, местно 1-2 р/сут в течение 1-2 дней, фукорцин, раствор, местно 1—2 р/сут в течение 2—3 дней, затем - переходят на пасты и мази: 2-5% борно-нафталановая паста, местно 2 р/сут в течение 5—7 дней, 5% паста АСД, местно 2 р/сут в течение 5-7 дней, мази, содержащие противогрибковые ЛС и глюкокортикоидные ЛС: микозолон (миконазол + мазипредон) 2 р/сут в течение 7—10 дней, травокорт (изоконазол нитрат + дифлукортолон валерат) 2 р/сут в течение 7—10 дней).
- При присоединении бактериальной флоры (калия перманганата, раствор 1: 6000, ванночки 2-3 р/сут в течение 1—2 дней, препараты, содержащие антибиотики, кортикостероиды и противогрибковые средства: пимафуорт (натамицин +

неомицин + гидрокортизон) 2 р/сут в течение 3—5 дней, тридерм (бетаметазон дипропионат + гентамицин сульфат + клотримазол) 2 р/сут в течение 3—5 дней).

5. -первичная профилактика: выполнение гигиенических правил по уходу за кожей стоп (профилактика микротравм, потертостей, устранение гипергидроза или сухости кожи, плоскостопия и др.).

- вторичная профилактика: дезобработка обуви, перчаток, белья и предметов обихода.

Задача №2

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

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?
4. Назначьте лечение больному.
5. Рекомендации больному после проведенного курса терапии.

Ответ к задаче №2

1. Паховая эпидермофития.

2. -Микроскопическое исследование патологического материала

-Культуральное исследование.

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

4. Местная терапия:

- 1) Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан)
- 2) 3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%.
- 3) Анилиновые красители (1-2% бриллиантовый зеленый, метиленовый синий, эозин, фуксин).

1. -соблюдение мер личной гигиены

-дезинфекция нательного и постельного белья

Задача №3

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

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение двух месяцев, когда впервые появились высыпания в паховой области, высыпания на слизистой щек в виде крупинки белого цвета. За медицинской помощью больной не обращался, самостоятельно не лечился. Вскоре появилось ощущение дискомфорта, а затем и болезненности в полости рта, связанные с приемом пищи. Из

сопутствующих заболеваний отмечает бронхиальную астму, по поводу которой получает глюкокортикостероиды.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Составьте план обследования больного.
4. Методы общей и наружной терапии.
5. Выпишите рецепты.

Ответ к задаче №3

1. Поверхностный кандидоз крупных складок. Кандидозный стоматит.

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

3. -Микроскопическое исследование патологического материала

-Культуральное исследование.

4. Общее лечение:

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

Местное лечение:

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

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

Водные и спиртовые анилиновые красители.

5. Rp.: Ung.Nystatini 15,0

D.S.Смазывать очаги 3 раза в день

Rp.: Ac.borici

Naphthalani aa 0,5

Aethacridini lactatis 1,5

Pastae Zinci 15,0

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

Rp.: Ung.Clotrimasoli 1% 20,0

D.S.Смазывать очаги поражения 3 раза в день

Rp.: Ung. «Mycospor» 25,0

D.S.Смазывать кожу 2 раза в день

Rp.: Cremoris «Lamisil» 30,0

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

Rp.: Ung. «Exoderil» 15,0

D.S.Смазывать очаги 1 раз в день

Rp.: Ung. «Triderm» 30,0

D.S.Смазывать участки поражения 2 раза в день

Задача №4

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?

3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.

4. Составьте план лечения больной.

5. Выпишите рецепты.

Ответ к задаче №4

1. Поверхностный кандидоз крупных складок.

2. - Микроскопическое исследование патологического материала

- Культуральное исследование.

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

4. Диета с резким ограничением сладостей, богатая белками, витаминами B2, B6, C, PP.

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

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

Водные и спиртовые анилиновые красители.

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

5. Rp.: Ung.Nystatini 15,0

D.S.Смазывать очаги 3 раза в день

Rp.: Ac.borici

Naphthalani aa 0,5

Aethacridini lactatis 1,5

Pastae Zinci 15,0

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

Rp.: Ung.Clotrimasoli 1% 20,0

D.S.Смазывать очаги поражения 3 раза в день

Rp.: Ung. «Travocort» 30,0

D.S.Смазывать кожу 2 раза в день

Rp.: Cremoris «Lamisil» 30,0

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

Rp.: Ung. «Exoderil» 15,0

D.S.Смазывать очаги 1 раз в день

Rp.: Ung. «Triderm» 30,0

D.S.Смазывать участки поражения 2 раза в день

Задача №5

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Наметьте план лечения больного.
5. Выпишите рецепты.

Ответ к задаче №5

1. Кандидозный стоматит, кандидозная заеда.
2. микроскопическое исследование налета с полости рта.
проведение серологических реакций: РПГА (реакция пассивной гемагглютинации), ИФА (иммунный ферментный анализ), определение IgE против *C. albicans*;
посев материала со слизистой полости рта.
3. Со стрептококковой, сифилитической, микотической заедами, эрозивной формой красного плоского лишая, афтозным стоматитом, вторичными сифилидами.

4. Местное лечение:

Полоскания содовые, с раствором шалфея, ромашки.

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

Водные и спиртовые анилиновые красители.

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

5. Rp.: Ung.Nystatini 15,0

D.S. Смазывать очаги 3 раза в день

Rp: Liquoris Castellani 50,0

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

Rp: Fucorcini 25,0

D.S. Смазывать очаги 1 раз в день.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Методики забора материала для лабораторного исследования на возбудителей микозов.
2. Интерпретировать результаты лабораторного исследования на возбудителей микозов.
3. Метод люминесцентной диагностики микозов.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Патогенез микозов.
2. Классификация микозов.
3. Диагностика микозов.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	н а кафедр е
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с./ В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев; Красноярск: КрасГМУ, 2016
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №11
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

ТЕМА: «Грибковые заболевания кожи. Клиника. Диагностика. Лечение»

Индекс темы ОД.О.01.1.2.11

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » » декабрь 2018г.

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор

Составитель:

к.м.н., доцент

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А.

Красноярск
2018

1. Тема «Грибковые заболевания кожи. Клиника. Диагностика. Лечение.»

2. Формы работы:

- Подготовка к клиническому разбору больных.
- Написание истории болезни.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Клинические формы микозов.
2. Диагностика грибковых заболеваний кожи.
3. Современные методы лечения.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ:

- 1) (+) симптом Дюбуа
- 2) (+)симптом Авситидийского
- 3) (+) симптом «скошенного луга»
- 4) (+) симптом зонда
- 5) (+) симптос Пospelова

Правильный ответ: 3

2. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) гистологическую биопсию
- 2) пробу Ядассона
- 3) кожные пробы
- 4) РИФ
- 5) пробу Бальзера

Правильный ответ: 5

3. ДЛЯ ПРОБЫ БАЛЬЗЕРА ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) 5% йодную настойку
- 2) 5% салициловый спирт
- 3) тетрациклиновая мазь
- 4) настойку календулы
- 5) эритромициновая мазь

Правильный ответ: 1

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ОТРУБЕВИДНОМ ЛИШАЕ:

- 1) ладони
- 2) волосистая часть головы
- 3) половые органы
- 4) кожа туловища, плечевой пояс
- 5) подошвы

Правильный ответ: 4

5. ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЯТЕН ПРИ РАЗНОЦВЕТНОМ ЛИШАЕ:

- 1) стопы
- 2) ладони
- 3) плечевой пояс
- 4) крупные складки кожи
- 5) слизистые оболочки

Правильный ответ: 3

6. ДЛЯ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНО:

- 1) жжение
- 2) отрубевидное шелушение
- 3) крупнопластинчатое шелушение
- 4) интенсивный зуд
- 5) локализация на ладонях и стопах

Правильный ответ: 2

7. МИКРОСПОРИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПОРАЖАЕТ:

- 1) гладкую кожу и волосистую часть головы
- 2) сальные железы
- 3) слизистую оболочку полости рта
- 4) тельца Руффини
- 5) потовые железы

Правильный ответ: 1

8. ОСНОВНЫМ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ В КЛИНИКЕ ФАВУСА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ:

- 1) воспалительных пятен
- 2) бугорков
- 3) узлов
- 4) пузырей
- 5) скутул

Правильный ответ: 5

9. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ЗАБОЛЕВАНИЯ РУБРОМИКОЗОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- 1) дезинфекция обуви и чулок
- 2) виролекс
- 3) антигистаминные препараты
- 4) преднизолон
- 5) фтивазид

Правильный ответ: 1

10. РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА СПОСОБСТВУЕТ:

- 1) сахарный диабет
- 2) солнечный загар

- 3) растительная диета
- 4) васкулит кожи
- 5) гипертоническая болезнь

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

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

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?
3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?
4. Методы общей и наружной терапии.
5. Меры общей и личной профилактики.

Ответ к задаче №1

1. Микоз стоп, интертригинозно-дисгидротическая форма клинически.

1. -Микроскопическое исследование патологического материала: чешуек кожи стоп.
-Культуральное исследование.

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

4. Общее лечение:

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

Местное лечение:

- На первом этапе терапии (борная кислота, 2% раствор, местно 2—3 р/сут в течение 1—2 дней, бриллиантовый зеленый, 1 % водный раствор, местно 1—2 р/сут в течение 1-2 дней, калия перманганата, раствор 1: 6000, резорцин, 0,5% раствор, местно 1-2 р/сут в течение 1-2 дней, фукорцин, раствор, местно 1—2 р/сут в течение 2—3 дней, затем - переходят на пасты и мази: 2-5% борно-нафталановая паста, местно 2 р/сут в течение 5—7 дней, 5% паста АСД, местно 2 р/сут в течение 5-7 дней, мази, содержащие противогрибковые ЛС и глюкокортикоидные ЛС: микозолон (миконазол + мазипредон) 2 р/сут в течение 7—10 дней, травокорт (изоконазол нитрат + дифлукортолон валерат) 2 р/сут в течение 7—10 дней).

- При присоединении бактериальной флоры (калия перманганата, раствор 1: 6000, ванночки 2-3 р/сут в течение 1—2 дней, препараты, содержащие антибиотики, кортикостероиды и противогрибковые средства: пимафукорт (натамицин + неомицин + гидрокортизон) 2 р/сут в течение 3—5 дней, тридерм (бетаметазон дипропионат + гентамицин сульфат + клотримазол) 2 р/сут в течение 3—5 дней).

5.- первичная профилактика: выполнение гигиенических правил по уходу за кожей стоп (профилактика микротравм, потертостей, устранение гипергидроза или сухости кожи, плоскостопия и др.).

- вторичная профилактика: дезобработка обуви, перчаток, белья и предметов обихода.

Задача №2

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

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?
4. Назначьте лечение больному.
5. Рекомендации больному после проведенного курса терапии.

Ответ к задаче №2

1. Паховая эпидермофития.
- 2.-Микроскопическое исследование патологического материала
-Культуральное исследование.
3. С эритразмой, микотической экземой, кандидомикозом, герпетиформным дерматитом, псориазом складок, себорейным дерматитом, стрептококковой опрелостью.
4. Местная терапия:
 - 4) Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан)
 - 5) 3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%.
 - 6) Анилиновые красители (1-2% бриллиантовый зеленый, метиленовый синий, эозин, фуксин).
- 5.-соблюдение мер личной гигиены
-дезинфекция нательного и постельного белья

Задача №3

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

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение двух месяцев, когда впервые появились высыпания в паховой области, высыпания на слизистой щек в виде крупинок белого цвета. За

медицинской помощью больной не обращался, самостоятельно не лечился. Вскоре появилось ощущение дискомфорта, а затем и болезненности в полости рта, связанные с приёмом пищи. Из сопутствующих заболеваний отмечает бронхиальную астму, по поводу которой получает глюкокортикостероиды.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Составьте план обследования больного.
4. Методы общей и наружной терапии.
5. Выпишите рецепты.

Ответ к задаче №3

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

2. - Микроскопическое исследование патологического материала
-Культуральное исследование.
4. Общее лечение:

Противогрибковые препараты (нистатин, леворин, дифлюкан, микогептин)

Местное лечение:

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

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

Водные и спиртовые анилиновые красители.

5. Rp.: Ung.Nystatini 15,0

D.S.Смазывать очаги 3 раза в день

Rp.: Ac.borici

Naphthalani aa 0,5

Aethacridini lactatis 1,5

Pastae Zinci 15,0

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

Rp.: Ung.Clotrimasoli 1% 20,0

D.S.Смазывать очаги поражения 3 раза в день

Rp.: Ung. «Mycospor» 25,0

D.S.Смазывать кожу 2 раза в день

Rp.: Cremoris «Lamisil» 30,0

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

Rp.: Ung. «Exoderil» 15,0

D.S.Смазывать очаги 1 раз в день

Rp.: Ung. «Triderm» 30,0

D.S.Смазывать участки поражения 2 раза в день

Задача №4

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?

3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.

4. Составьте план лечения больной.

5. Выпишите рецепты.

Ответ к задаче №4

1. Поверхностный кандидоз крупных складок.

2.-Микроскопическое исследование патологического материала

-Культуральное исследование.

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

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

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

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

Водные и спиртовые анилиновые красители.

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

5. Rp.: Ung.Nystatini 15,0

D.S.Смазывать очаги 3 раза в день

Rp.: Ac.borici

Naphthalani aa 0,5

Aethacridini lactatis 1,5

Pastae Zinci 15,0

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

Rp.: Ung.Clotrimasoli 1% 20,0

D.S.Смазывать очаги поражения 3 раза в день

Rp.: Ung. «Travocort» 30,0

D.S.Смазывать кожу 2 раза в день

Rp.: Cremoris «Lamisil» 30,0

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

Rp.: Ung. «Exoderil» 15,0

D.S.Смазывать очаги 1 раз в день

Rp.: Ung. «Triderm» 30,0

D.S.Смазывать участки поражения 2 раза в день

Задача №5

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

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

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На слизистой полости рта в области щек, губ, мягкого неба эрозии, покрытые белесоватым «творожистым» налетом. Налет легко снимается шпателем. Кожа в

углах рта воспалена, также покрыта белым налетом. В правом углу рта при снятии налета обнажается эрозия линейной формы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Наметьте план лечения больного.
5. Выпишите рецепты.

Ответ к задаче №5

1. Кандидозный стоматит, кандидозная заеда.
2. микроскопическое исследование налета с полости рта.
проведение серологических реакций: РПГА (реакция пассивной гемагглютинации), ИФА (иммунный ферментный анализ), определение IgE против *C. albicans*;
посев материала со слизистой полости рта.
3. Со стрептококковой, сифилитической, микотической заедами, эрозивной формой красного плоского лишая, афтозным стоматитом, вторичными сифилидами.
4. Местное лечение:
Полоскания содовые, с раствором шалфея, ромашки.
На язык, слизистую рта водный 5% тетраборат натрия (бура) в глицерине. Облепиховое масло на очаги поражения.
Водные и спиртовые анилиновые красители.
В случае стойкости процесса - внутрь Diflucan 50 мг в течение 1 недели ежедневно.
5. Rp.: Ung.Nystatini 15,0
D.S. Смазывать очаги 3 раза в день
Rp: Liquoris Castellani 50,0
D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день.
Rp: Fucorcini 25,0
D.S. Смазывать очаги 1 раз в день.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Осмотреть кожу, волосы, ногти, видимые слизистые оболочки.
2. Определить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи на коже и слизистой оболочке полости рта.
3. Методики забора материала для лабораторного исследования на возбудителей поверхностных микозов.
4. Методики лечения онихомикоза.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Клинические формы микозов.
2. Диагностика микозов.
3. Современные методы общей и наружной терапии микозов.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
2.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с./ В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев, Красноярск: КрасГМУ, 2016
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press

12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №12
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Туберкулез кожи. Этиология. Патогенез. Достоверные и вероятные признаки
туберкулеза кожи. Диагностика. Принципы лечения»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.12

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____

Карачева Ю.В.

Составитель:
к.м.н., доцент _____

Яковлева Т.А.

Красноярск
2018

1. Тема «Туберкулез кожи. Этиология. Патогенез. Достоверные и вероятные признаки туберкулеза кожи. Диагностика. Принципы лечения.»

2. Формы работы:

- Написание рефератов.
- Подготовка докладов к участию в тематических дискуссиях.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Современное представление об этиологии и эпидемиологии туберкулеза кожи.
2. Диагностика туберкулеза кожи.
3. Дифференциальная диагностика туберкулеза кожи.
4. Современные методы лечения больных туберкулезом кожи.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. К ЛОКАЛИЗОВАННЫМ ФОРМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСИТСЯ:

- 1) гематогенный диссеминированный
- 2) колликвативный
- 3) папуло-некротический
- 4) лихеноидный

правильный ответ: 2

2. САМАЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ:

- 1) скрофулодерма
- 2) волчанка туберкулезная
- 3) туберкулез кожи бородавчатый
- 4) туберкулез милиарно-язвенный
- 5) туберкулез кожи папуло-некротический

правильный ответ: 2

3. ВОЛЧАНКА ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ:

- 1) бугорков
- 2) папул
- 3) геморрагических пятен
- 4) пустул
- 5) волдырей

правильный ответ: 1

4. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО:

- 1) хроническое течение
- 2) медленно прогрессирующее, рецидивирующее течение
- 3) быстро прогрессирующее течение
- 4) инволюционное течение
- 5) рецидивирующее течение

правильный ответ: 2

5. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО:

- 1) бугорки плотной консистенции
- 2) рубцевание язвы начинается с периферической части очага
- 3) рубец гладкий, нежный, обесцвеченный
- 4) рубец грубый, плотный, с бугристой поверхностью, пигментированный
- 5) на рубцах не появляются свежие высыпания

правильный ответ: 3

6. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПОСПЕЛОВА, ФЕНОМЕН «ЯБЛОЧНОГО ЖЕЛЕ», ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- 1) туберкулезной волчанки
- 2) третичного сифилиса
- 3) вторичного сифилиса
- 4) туберкулоидного типа лепры
- 5) лейшманиоза

правильный ответ: 1

7. ПРИ ИЗЪЯЗВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- 1) края язвы мягкие, неровные, подрытые
- 2) края язвы плотные, ровные, штампованные
- 3) дно язвы гладкое, чистое, без налета
- 4) дно язвы зернистое
- 5) края язвы мягкие, неровные, подрытые; дно язвы зернистое

правильный ответ: 5

8. ПРИ БОРОДАВЧАТОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ВТОРИЧНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) гиперпигментация
- 2) лихенизация
- 3) рубцовая атрофия
- 4) вегетации
- 5) корка

правильный ответ: 3

9. ТУБЕРКУЛЕЗНУЮ ВОЛЧАНКУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- 1) с бугорковыми сифидами
- 2) с мелкоузелковым саркоидозом
- 3) с туберкулоидной лепрой, с туберкулоидным лейшманиозом
- 4) с бугорковыми сифидами, туберкулоидной лепрой, туберкулоидным лейшманиозом
- 5) с бугорковыми сифидами, мелкоузелковым саркоидозом, туберкулоидными лепрой и лейшманиозом

правильный ответ: 5

10. ПРЕПАРАТ, ОБЛАДАЮЩИЙ ВЫСОКОЙ БАКТЕРИОСТАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ В ОТНОШЕНИИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА:

- 1) пенициллин
- 2) изониазид
- 3) фуросемид
- 4) преднизолон
- 5) тавегил

правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие симптомы, характерные для данного заболевания, наблюдаются у больной?
3. Какие достоверные и вероятные признаки характерны для данного заболевания?
4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
5. Составьте план обследования больной.

Ответ к задаче №1

1. Туберкулезная волчанка.
2. Симптом «яблочного желе» (обусловлен наличием эпителиоидноклеточной инфильтрации). Симптом Пospelова (надавливание тупым зондом на пораженную поверхность приводит к образованию стойкого западения из-за гибели коллагеновых волокон, а при более сильном надавливании зонд проваливается, что сопровождается болезненностью и появлением капли крови).
3. Обнаружение возбудителя в очаге поражения кожи.
 - а) бактериоскопическое исследование (окраска мазков по Цилю-Нильсену)
 - б) бактериологическое исследование (посев материала на питательные среды)
 - в) биологическая проба (заражение морских свинок патологическим материалом)
 - г) гистологическое исследование (если при этом не обнаружены микобактерии, учитывать, что гранулематозная реакция характерна и для ряда других инфекционных заболеваний).

Вероятные признаки:

- а) наличие туберкулеза внутренних органов у больного
- б) клинические проявления туберкулеза кожи
- в) кожные пробы с туберкулином.

4. - С бугорковым сифилидом - отрицательны оба характерных для туберкулезной волчанки симптома, мозаичные рубцы, не образуются бугорки на рубцах.

- С туберкулоидной лепрой - отрицательны оба характерных для туберкулезной волчанки симптома, отсутствуют болевая и температурная чувствительность в очаге.

- С лейшманиозом - очаги поражения болезненны, характерно формирование втянутых рубцов.

- С саркоидозом, бластомикозом, споротрихозом, эпителиомой, дискоидной красной волчанкой,

5. - бактериоскопический метод

- серологические тесты – постановка туберкулиновых проб

- гистологическое исследование пораженной кожи

- получение культуры возбудителя и положительный результат заражения морских свинок

- терапия *exjuvantibus*.

Общее лечение:

Диета: высококалорийная, богатая белками, витаминами, солями кальция; ограничение поваренной соли.

Витаминотерапия (витамины В6, пантотенат кальция)

Препараты железа.

Противотуберкулезные средства (рифампицин, этамбутол, пипразинамид, солютизон; препараты гидразина изоникотиновой кислоты – изониазид, неотебен, тиоацетозон, фтиазид, салюзид, метазид, ларусан, витамин Д2, стрептомицин).

При возникновении устойчивости микобактерий к фтивазиду, стрептомицину и ПАСК, показаны – циклосерин, этионамид, этамбутол, этоксид.

Задача №2

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

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз

2. Этиология и патогенез заболевания

3. Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?

4. Перечислите достоверные и вероятные признаки заболевания.

5. Наметьте план лечебных мероприятий.

Ответ к задаче №2

1. Колликувативный туберкулез кожи.

2. Туберкулез кожи вызывается микобактериями туберкулеза человеческого, реже бычьего типа. Заражение чаще происходит аэрогенно, но возможно и через желудочно-кишечный тракт. Крайне редко микобактерии туберкулеза первично попадают в кожу.

Большинство форм туберкулеза кожи являются результатом гематогенного или лимфогенного распространения из первичных или вторичных очагов. Возможны как диссеминация микобактерии туберкулеза по всему организму, так и метастатический путь распространения.

Туберкулиновые пробы резко положительные. Очаги поражения не имеют склонности к периферическому росту, сравнительно легко поддаются специфическому лечению.

Колликувативный туберкулез (скрофулодерма) – результат гематогенного или лимфогенного распространения. Чаще регистрируется у детей и юношей. Выделяют вторичную (результат попадания микобактерии туберкулеза в подкожные лимфатические узлы, а уже затем в кожу) и первичную скрофулодерму. Наиболее частая локализация – в области ключиц, грудины, на шее. Первичная скрофулодерма возникает в результате метастатического гематогенного попадания микобактерии туберкулеза непосредственно в подкожную клетчатку.

3. Гистологическое исследование кожи

Бактериоскопический метод

Серологические тесты

Туберкулиновая проба

Рентгенограмма органов грудной клетки

4. Достоверные признаки:

Обнаружение возбудителя в очаге поражения кожи.

а) бактериоскопическое исследование (окраска мазков по Цилю-Нильсену)

б) бактериологическое исследование (посев материала на питательные среды)

в) биологическая проба (заражение морских свинок патологическим материалом)

г) гистологическое исследование (если при этом не обнаружены микобактерии, учитывать, что гранулематозная реакция характерна и для ряда других инфекционных заболеваний).

Вероятные признаки:

а) наличие туберкулеза внутренних органов у больного

б) клинические проявления туберкулеза кожи

в) кожные пробы с туберкулином.

5. Лечение больных туберкулезом кожи должно быть комплексным, непрерывным, длительным, проводиться с учетом теоретических основ химиотерапии при туберкулезе. Этиологическое лечение сочетается с патогенетическим, направленным на повышение факторов иммунной защиты, снижение воспалительной реакции и повышенной чувствительности к микобактериям, предупреждение осложнений туберкулезной инфекции и побочного действия антибактериальных средств.

Антибактериальная терапия осуществляется с использованием туберкулостатических препаратов. Применяемые в настоящее время противотуберкулезные средства разделяются на две группы.

К 1-й группе относятся основные противотуберкулезные препараты: стрептомицин (дигидрострептомицин), препараты группы гидразида изоникотиновой кислоты (тубазид, фтивазид, салюзид, метагид, ПАСК (бепаск), рифампицин.

Во 2-ю (резервную) группу входят тибон, этионамид (протионамид), пиразинамид, этамбутол, циклосерин, виомицин, канамицин.

Для повышения эффективности используется комбинированная антибактериальная терапия, чем значительно задерживается скорость развития лекарственной устойчивости и тем самым облегчается возможность длительного лечения больных. Несоблюдение пациентами режима медикаментозной терапии может способствовать развитию перекрестной устойчивости. Основной курс антибактериальной терапии желательно проводить в условиях специализированного стационара (санатория) или отделения для больных внелегочными формами туберкулеза, где обеспечивается необходимый лечебно-охранительный режим. Патогенетическая терапия больных туберкулезом кожи включает витамины, десенсибилизирующие средства, физиотерапевтическое воздействие, климатические факторы, лечебное питание, различные симптоматические средства. Белки, витамины и соли кальция являются главными пищевыми компонентами в питании больных: количество их должно быть повышено по сравнению с нормой в среднем на 1/3. К патогенетическим средствам при рассеянных формах туберкулеза кожи относятся и препараты, улучшающие периферическое кровообращение (гливенол, эскузан и др.) в течение 1-2 мес. Местное лечение при туберкулезе кожи не имеет практического значения.

Хирургическое лечение применяется в основном при колликувативном туберкулезе. Больных туберкулезом кожи берут на учет противотуберкулезные учреждения. Они проводят основное и противорецидивное лечение (вместе с диспансерным наблюдением). Учитывая незначительную контагиозность больных туберкулезом кожи и нежелательность их суперинфицирования, пребывание их в стационарах вместе с бациллярными больными туберкулезом легких недопустимо. В целях профилактики генерализации туберкулезного процесса больные туберкулезом кожи должны лечиться во внелегочных стационарах и санаториях.

Задача №3

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

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Наметьте план диагностических мероприятий.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
4. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?
5. Какие патоморфологические изменения обуславливают данные симптомы?

Ответ к задаче №3

1. Туберкулезная волчанка.
2. Гистологическое исследование кожи
Бактериоскопический метод
Серологические тесты

Туберкулиновая проба

Рентгенограмма органов грудной клетки

3.- С бугорковым сифилидом - отрицательны оба характерных для туберкулезной волчанки симптома, мозаичные рубцы, не образуются бугорки на рубцах.

- С туберкулоидной лепрой - отрицательны оба характерных для туберкулезной волчанки симптома, отсутствуют болевая и температурная чувствительность в очаге.

- С лейшманиозом - очаги поражения болезненны, характерно формирование втянутых рубцов.

- С саркоидозом, бластомикозом, споротрихозом, эпителиомой, дискоидной красной волчанкой.

4. Симптом «яблочного желе» (при надавливании стеклянной пластинкой на месте бугорков остаются желтовато-буроватые пятна).

Симптом Пospelова. (надавливание тупым зондом на пораженную поверхность приводит к образованию стойкого западения, а при более сильном надавливании зонд проваливается, что сопровождается болезненностью и появлением капли крови).

5. Симптом «яблочного желе» связан с наличием эпителиоидноклеточной инфильтрации, симптом Пospelова возникает из-за гибели коллагена.

Задача №4

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз

2. Этиология и патогенез заболевания

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

4. Какие гистологические признаки, характерны для данного заболевания?

5. У врача какой специальности должна получать лечение больная?

Ответ к задаче №4

1. Бородавчатый туберкулез кожи.

2. Туберкулез кожи вызывается микобактериями туберкулеза человеческого, реже бычьего типа. Чаще всего заболевают лица, которые в соответствии с характером профессии непосредственно соприкасаются с туберкулезным материалом.

Вызывается непосредственной внутрикожной инокуляцией вирулентной туберкулезной микобактерии, преимущественно в результате суперинфекции у больных туберкулезом. Очаги локализуются почти исключительно на тыле кистей.

3. С хромомикозом, язвенно-вегетирующей пиодермией, вульгарной бородавкой.

4. Патогистологические изменения при каждой клинической форме туберкулеза кожи имеют свои особенности, также имеет значение и фаза кожного процесса.

Обычно на ранних стадиях изменения неспецифичны, доминирует островоспалительная инфильтрация (лимфоцитарно-плазмноклеточная), деструкция. Могут обнаруживаться микобактерии. Значительные сосудистые изменения с набуханием и пролиферацией эндотелия, тромбозом, облитерацией просветов.

В дальнейшем формируется специфическая гранулематозная реакция. Типичные бугорки представлены эпителиоидными клетками с казеозным некрозом в центре, окруженные лимфоцитами, гигантскими клетками Лангханса.

5. Основной курс антибактериальной терапии желателно проводить в условиях специализированного стационара (санатория) или отделения для больных внелегочными формами туберкулеза, где обеспечивается необходимый лечебно-охранительный режим.

Лечение больных туберкулезом кожи должно быть комплексным, непрерывным, длительным, проводиться с учетом теоретических основ химиотерапии при туберкулезе. Этиологическое лечение сочетается с патогенетическим, направленным на повышение факторов иммунной защиты, снижение воспалительной реакции и повышенной чувствительности к микобактериям, предупреждение осложнений туберкулезной инфекции и побочного действия антибактериальных средств.

Патогенетическая терапия больных туберкулезом кожи включает витамины, десенсибилизирующие средства, физиотерапевтическое воздействие, климатические факторы, лечебное питание, различные симптоматические средства.

Задача №5

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Этиология и патогенез заболевания
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
4. Какие гистологические признаки, характерны для данного заболевания?
5. У врача какой специальности должна получать лечение больная?

Ответ к задаче №5

1. Туберкулез кожи, бородавчатая форма.
2. Туберкулез кожи вызывается микобактериями туберкулеза человеческого, реже бычьего типа. Чаще всего заболевают лица, которые в соответствии с характером профессии непосредственно соприкасаются с туберкулезным материалом.

Вызывается непосредственной внутрикожной инокуляцией вирулентной туберкулезной микобактерии, преимущественно в результате суперинфекции у больных туберкулезом. Очаги локализуются почти исключительно на тыле кистей.

3. С хромомикозом, язвенно-вегетирующей пиодермией, вульгарной бородавкой.
4. Патогистологические изменения при каждой клинической форме туберкулеза кожи имеют свои особенности, также имеет значение и фаза кожного процесса.

Обычно на ранних стадиях изменения неспецифичны, доминирует островоспалительная инфильтрация (лимфоцитарно-плазмноклеточная), деструкция. Могут обнаруживаться микобактерии. Значительные сосудистые изменения с набуханием и пролиферацией эндотелия, тромбозом, облитерацией просветов.

В дальнейшем формируется специфическая гранулематозная реакция. Типичные бугорки представлены эпителиоидными клетками с казеозным некрозом в центре, окруженные лимфоцитами, гигантскими клетками Лангханса.

5. Основной курс антибактериальной терапии желательно проводить в условиях специализированного стационара (санатория) или отделения для больных внелегочными формами туберкулеза, где обеспечивается необходимый лечебно-охранительный режим.

Лечение больных туберкулезом кожи должно быть комплексным, непрерывным, длительным, проводиться с учетом теоретических основ химиотерапии при туберкулезе. Этиологическое лечение сочетается с патогенетическим, направленным на повышение факторов иммунной защиты, снижение воспалительной реакции и повышенной чувствительности к микобактериям, предупреждение осложнений туберкулезной инфекции и побочного действия антибактериальных средств.

Патогенетическая терапия больных туберкулезом кожи включает витамины, десенсибилизирующие средства, физиотерапевтическое воздействие, климатические факторы, лечебное питание, различные симптоматические средства.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Собрать анамнестические данные у больных туберкулезом кожи.
2. Провести диагностические тесты, позволяющие верифицировать данное заболевание.
3. Алгоритм обследования и лечения больных туберкулезом кожи.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Дифференциальная диагностика туберкулеза кожи.
2. Современные методы диагностики туберкулеза кожи.
3. Алгоритм обследования больных туберкулезом кожи.
4. Клинические формы туберкулеза кожи.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека		

			КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				
11	БД Oxford University Press				

12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №13
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Лепра. Этиология. Патогенез. Клинические формы.
Диагностика. Принципы лечения»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.13

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2015

1. Тема «Лепра. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Принципы лечения.»

2. Формы работы:

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

- Написание рефератов.

1. Современное представление об этиологии и эпидемиологии лепры.
2. Диагностика лепры.
3. Клиническая характеристика форм лепры.
4. Дифференциальная диагностика лепры.
5. Современные методы лечения больных лепрой.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ ЛЕПРЫ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ:

- 1) в соскобе со слизистой перегородки носа
- 2) в соскобе с поверхности инфильтрата
- 3) в пункционном материале из инфильтрата
- 4) в слизистой желудка
- 5) в соскобе со слизистой перегородки носа, с поверхности инфильтрата, в пункционном материале из инфильтрата

Правильный ответ: 5

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

- 1) глубокие инфильтраты кожи и подкожной клетчатки на лице
- 2) грубые складки на лице
- 3) утолщение носа, губ, ушных раковин
- 4) истончение и атрофия крыльев носа и ушных раковин
- 5) выпадение бровей

Правильный ответ: 4

3. УЗЛЫ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОЙ ЛЕПРЕ:

- 1) не возвышаются над уровнем кожи и обнаруживаются лишь при пальпации
- 2) возвышаются над уровнем кожи
- 3) захватывают подкожную клетчатку
- 4) проникают в кости
- 5) возвышаются над уровнем кожи; захватывают подкожную клетчатку; проникают в кости

Правильный ответ: 5

4. ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ РАЗВИВАЮТСЯ:

- 1) хронические отеки и слоновость
- 2) пахово-бедренные адениты
- 3) изъязвления
- 4) расстройства чувствительности
- 5) хронические отеки и слоновость, пахово-бедренные адениты, изъязвления, расстройства чувствительности

Правильный ответ: 5

5. БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ:

- 1) крупные
- 2) мелкие и плоские
- 3) остроконечные
- 4) полушаровидные
- 5) не имеют специфического вида

Правильный ответ: 2

6. БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ:

- 1) лежат изолированно
- 2) сливаются и немногочисленные
- 3) многочисленные
- 4) лежат изолированно, сливаются и немногочисленные, многочисленные
- 5) не сливаются

Правильный ответ: 2

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

- 1) парезы, параличи
- 2) атрофия, трофические язвы, мутиляции
- 3) контрактуры, деформации кистей и стоп
- 4) лагофthalm
- 5) парезы, параличи; атрофия, трофические язвы, мутиляции; контрактуры, деформации кистей и стоп; лагофthalm

Правильный ответ: 5

8. ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, ГЛАЗ ВСТРЕЧАЮТСЯ:

- 1) постоянно
- 2) часто
- 3) редко
- 4) не встречается
- 5) постоянно; часто

Правильный ответ: 3

9. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЛЕПРЫ:

- 1) клеточный состав гранулемы
- 2) микобактериальная насыщенность
- 3) количество и расположение лимфоцитов
- 4) инфильтрация периферических нервов и субэпидермальной зоны
- 5) клеточный состав гранулемы; микобактериальная насыщенность; количество лимфоцитов; инфильтрация нервов и субэпидермальной зоны

Правильный ответ: 5

10. ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ РАЗВИВАЮТСЯ:

- 1) хронические отеки и слоновость
- 2) пахово-бедренные адениты
- 3) изъязвления
- 4) расстройства чувствительности
- 5) хронические отеки и слоновость, пахово-бедренные адениты, изъязвления, расстройства чувствительности

Правильный ответ: 5

11. ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ ХАРАКТЕРНО:

- 1) раннее нарушение чувствительности
- 2) поражение зрительного анализатора
- 3) поражение ЦНС
- 4) поражение опорно-двигательного аппарата
- 5) поражение слухового анализатора

Правильный ответ: 1

12. ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЫ:

- 1) острое
- 2) подострое
- 3) хроническое с обострениями
- 4) хроническое без обострений
- 5) острое, подострое, хроническое с обострениями, хроническое без обострений

Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

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

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?
3. Этиология и патогенез заболевания
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
5. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?

Ответ к задаче №1

1. Лепра, лепроматозный тип.
2. Для распознавания лепры больной должен быть раздет и методически осмотрен. Необходимо тщательно осмотреть весь кожный покров, видимые слизистые оболочки, определить состояние лимфатических узлов и крупных нервных стволов, обязательно проверить состояние различных видов чувствительности (снижение и исчезновение чувствительности на отдельных участках кожного покрова, парестезии, нерезко выраженные контрактуры V, IV и III пальцев рук, начинающаяся атрофия мышц, пастозность кистей и стоп, стойкие поражения слизистой оболочки носа и др), произвести риноскопическое и, если потребуется, офтальмологическое и ларингоскопическое исследования.

Диагноз лепры обычно ставится при обнаружении анестезии кожи, утолщенных поверхностных нервов и всегда должен быть подтвержден обнаружением *M. Lергае* в коже (гистологические исследования, бактериоскопические исследования - соскоб со слизистой носа).

Вспомогательные тесты: гистаминовая проба, проба уколом иглой, проба на потоотделение, феномен «воспламенения», посев на искусственных питательных средах, прививка кусочков ткани морским свинкам, проверка пилomotorной реакции, проверка дермографизма, лепроминовая проба (реакция Мицуды).

3. Возбудителем лепры является *Micobacterium lергае*. Эти спирто- и кислотоустойчивые бациллы, размеры которых варьируют от 1,5 до 6,0 μ длины и от 0,2 до 0,4 μ ширины, в свежих лепромах имеются в колоссальном количестве, часто располагаясь в виде компактных скоплений – шаров (*globi*), диаметр которых может достигать до 200 μ . Такие шары обычно бывают окружены не воспринимающей окраску прозрачной оболочкой – *gloea*. Иногда в теле бацилл видна мелкая зернистость, свидетельствующая, по мнению большинства, о дегенеративных изменениях. Нередко, наряду с типичными кислотоустойчивыми формами, обнаруживаются распавшиеся на отдельные зерна и кислотоподатливые формы. Микобактерии лепры близки по своим свойствам к туберкулезным, но неспособны к росту на искусственных питательных средах.

Из организма человека, страдающего лепроматозным типом проказы, бациллы могут выделяться через кожу (распавшиеся лепромы), через слизистую верхних дыхательных путей (нос, глотка, гортань, рот), особенно при наличии здесь специфических поражений.

Многие годы считалось, что лепра передается при длительном контакте кожи с кожей – к примеру, между родителями и детьми. Хотя путь передачи до сих пор остается неясным, полагают, что скорее всего *M.lергае* передается назореспираторным путем. Дети и молодые люди наиболее чувствительны к заражению. Только у 5% взрослых, входящих в группу риска (например, супруги заболевших), развивается лепра. До 60% детей заболевают, если у их

родителей проказа. Микобактерии могут находиться и в грудном молоке; кроме того, некоторые данные позволяют предположить, что инфекция передается через плаценту.

Заразительность лепрой намного ниже многих других хронических инфекций, в том числе туберкулеза. Известны многочисленные случаи продолжительного и самого тесного контакта с больными лицами, оставшихся всю жизнь здоровыми (один супруг болел, второй – здоров).

4. С лейшманиозом, хронической язвенной пиодермией, кожной формой сибирской язвы, сирингомиелией, с розеолезными, папулезными, гуммозными, бугорковыми сифилидами, туберкулезной волчанкой, псориазом, розовым лишаем Жибера, витилиго, узловатой эритемой, саркоидозом.

5. Нарушение термической, болевой и тактильной чувствительности.

Задача №2

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?
3. Этиология и патогенез заболевания
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
5. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?

Ответ к задаче №2

1. Лепра, туберкулоидный тип.
2. Для распознавания лепры больной должен быть раздет и методически осмотрен. Необходимо тщательно осмотреть весь кожный покров, видимые слизистые оболочки, определить состояние лимфатических узлов и крупных нервных стволов, обязательно проверить состояние различных видов чувствительности (снижение и исчезновение чувствительности на отдельных участках кожного покрова, парестезии, нерезко выраженные контрактуры V, IV и III пальцев рук, начинающаяся атрофия мышц, пастозность кистей и стоп, стойкие поражения слизистой оболочки носа и др), произвести риноскопическое и, если потребуется, офтальмологическое и ларингоскопическое исследования.

Диагноз лепры обычно ставится при обнаружении анестезии кожи, утолщенных поверхностных нервов и всегда должен быть подтвержден обнаружением *M. Leprae* в коже (гистологические исследования, бактериоскопические исследования - соскоб со слизистой носа).

Вспомогательные тесты: гистаминовая проба, проба уколком иглой, проба на потоотделение, феномен «воспламенения», посев на искусственных питательных средах, прививка кусочков ткани морским свинкам, проверка пилomotorной реакции, проверка дермографизма, лепроминовая проба (реакция Мицуды).

3. Возбудителем лепры является *Micobacterium leprae*. Эти спирто- и кислотоустойчивые бациллы, размеры которых варьируют от 1,5 до 6,0 μ длины и от 0,2 до 0,4 μ ширины, в свежих

лепромах имеются в колоссальном количестве, часто располагаясь в виде компактных скоплений – шаров (globi), диаметр которых может достигать до 200 мк. Такие шары обычно бывают окружены не воспринимающей окраску прозрачной оболочкой – gloea. Иногда в теле бацилл видна мелкая зернистость, свидетельствующая, по мнению большинства, о дегенеративных изменениях. Нередко, наряду с типичными кислотоустойчивыми формами, обнаруживаются распавшиеся на отдельные зерна и кислотоподатливые формы. Микобактерии лепры близки по своим свойствам к туберкулезным, но неспособны к росту на искусственных питательных средах.

Из организма человека, страдающего лепроматозным типом проказы, бациллы могут выделяться через кожу (распавшиеся лепромы), через слизистую верхних дыхательных путей (нос, глотка, гортань, рот), особенно при наличии здесь специфических поражений.

Многие годы считалось, что лепра передается при длительном контакте кожи с кожей – к примеру, между родителями и детьми. Хотя путь передачи до сих пор остается неясным, полагают, что скорее всего *M. leprae* передается нозореспираторным путем. Дети и молодые люди наиболее чувствительны к заражению. Только у 5% взрослых, входящих в группу риска (например, супруги заболевших), развивается лепра. До 60% детей заболевают, если у их родителей проказа. Микобактерии могут находиться и в грудном молоке; кроме того, некоторые данные позволяют предположить, что инфекция передается через плаценту.

Заразительность лепрой намного ниже многих других хронических инфекций, в том числе туберкулеза. Известны многочисленные случаи продолжительного и самого тесного контакта с больными лицами, оставшихся всю жизнь здоровыми (один супруг болел, второй – здоров).

4. С папулезными, гуммозными, бугорковыми сифилидами, туберкулезной волчанкой, псориазом, витилиго, саркоидозом, сирингомиелией, красным плоским лишаем.

5. Нарушение термической, болевой и тактильной чувствительности.

Задача №3

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз

2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?

3. Этиология и патогенез заболевания

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

5. Где должен получать лечение больной?

Ответ к задаче №3

1. Лепра, лепроматозный тип.

2. Для распознавания лепры больной должен быть раздет и методически осмотрен. Необходимо тщательно осмотреть весь кожный покров, видимые слизистые оболочки, определить состояние лимфатических узлов и крупных нервных стволов, обязательно проверить состояние различных видов чувствительности (снижение и исчезновение чувствительности на отдельных участках

кожного покрова, парестезии, нерезко выраженные контрактуры V, IV и III пальцев рук, начинающаяся атрофия мышц, пастозность кистей и стоп, стойкие поражения слизистой оболочки носа и др), произвести риноскопическое и, если потребуется, офтальмологическое и ларингоскопическое исследования.

Диагноз лепры обычно ставится при обнаружении анестезии кожи, утолщенных поверхностных нервов и всегда должен быть подтвержден обнаружением *M. Lepromae* в коже (гистологические исследования, бактериоскопические исследования - соскоб со слизистой носа).

Вспомогательные тесты: гистаминовая проба, проба уколком иглой, проба на потоотделение, феномен «воспламенения», посев на искусственных питательных средах, прививка кусочков ткани морским свинкам, проверка пилomotorной реакции, проверка дермографизма, лепроминовая проба (реакция Мицуды).

3. Возбудитель - *Mycobacterium leprae* представляет собой кислотоустойчивую палочковидную бактерию, относящуюся к семейству *Mycobacteriaceae*. Микроорганизм устойчив во внешней среде. Возбудители лепры являются внутриклеточными паразитами макрофагов. Длительный инкубационный период связан с низкой скоростью роста микроорганизмов. Лепра является высококонтагиозным, но низкопатогенным заболеванием. Часто встречается субклиническая инфекция. Доказана генетическая предрасположенность к заболеванию. Основным путем передачи считается воздушно-капельный. Входные ворота – слизистая оболочка верхних дыхательных путей.

Иммунитет при лепре носит клеточный характер, он минимален при лепроматозной и диморфной лепре и максимален у больных туберкулоидной лепрой.

4. С лейшманиозом, сирингомиелией, с розеолезными, папулезными, бугорковыми сифилидами, туберкулезной волчанкой, псориазом, красным плоским лишаем, витилиго, токсической эритемой, красной волчанкой

5. Больной должен получать лечение в лепрозории.

Основными препаратами для лечения лепры являются дапсон, рифампин (рифампицин), клофазимин и этионамид. Из этих препаратов только рифампин обладает бактерицидным действием. В США рекомендуется следующее лечение при лепроматозной лепре: дапсон – 100 мг в день всю жизнь и рифампин – 600 мг в день в течение 3 лет; при туберкулоидной лепре: дапсон – 100 мг в день в течение 5 лет.

ВОЗ, учитывая существующую резистентность к дапсону, рекомендует использовать для лечения лепроматозной лепры три препарата, ограничив срок лечения пятью годами: дапсон – 100 мг в день, рифампицин – 600 мг в месяц (учитывая высокую стоимость лекарства) и клофазимин – 300 мг в день. Туберкулоидная лепра лечится с помощью дапсона – 100 мг в день и рифампицина – 600 мг в месяц в течение 6 месяцев.

Эффективность противолепрозного лечения оценивают по скорости регресса клинических проявлений заболевания, а также по результатам бактериоскопического контроля за динамикой количества возбудителя в очагах поражения, изменением его морфологии и по результатам гистологического исследования.

Задача №4

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие симптомы, характерные для данного заболевания, наблюдаются у больной?
3. Какие достоверные и вероятные признаки характерны для данного заболевания?
4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
5. Составьте план обследования больной.

Ответ к задаче №4

1. Туберкулезная волчанка.
2. Симптом «яблочного желе» (обусловлен наличием эпителиоидноклеточной инфильтрации).

Симптом Пospelова (надавливание тупым зондом на пораженную поверхность приводит к образованию стойкого западения из-за гибели коллагеновых волокон, а при более сильном надавливании зонд проваливается, что сопровождается болезненностью и появлением капли крови).

3. Достоверные признаки:

Обнаружение возбудителя в очаге поражения кожи.

- а) бактериоскопическое исследование (окраска мазков по Цилю-Нильсену)
- б) бактериологическое исследование (посев материала на питательные среды)
- в) биологическая проба (заражение морских свинок патологическим материалом)
- г) гистологическое исследование (если при этом не обнаружены микобактерии, учитывать, что гранулематозная реакция характерна и для ряда других инфекционных заболеваний).

Вероятные признаки:

- а) наличие туберкулеза внутренних органов у больного
- б) клинические проявления туберкулеза кожи
- в) кожные пробы с туберкулином.

4. - С бугорковым сифилидом - отрицательны оба характерных для туберкулезной волчанки симптома, мозаичные рубцы, не образуются бугорки на рубцах.
- С туберкулоидной лепрой - отрицательны оба характерных для туберкулезной волчанки симптома, отсутствуют болевая и температурная чувствительность в очаге.
- С лейшманиозом - очаги поражения болезненны, характерно формирование втянутых рубцов.
- С саркоидозом, бластомикозом, споротрихозом, эпителиомой, дискоидной красной волчанкой,

5. Составьте план обследования больной.

- бактериоскопический метод
- серологические тесты – постановка туберкулиновых проб
- гистологическое исследование пораженной кожи
- получение культуры возбудителя и положительный результат заражения морских свинок
- терапия ехjuvantibus.

Общее лечение:

Диета: высококалорийная, богатая белками, витаминами, солями кальция; ограничение поваренной соли.

Витамиотерапия (витамины В6, пантотенат кальция)

Препараты железа.

Противотуберкулезные средства (рифампицин, этамбутол, пиразинамид, солютизон; препараты гидразина изоникотиновой кислоты – изониазид, неотебен, тиоацетозон, фтиазид, салюзид, метагид, ларусан, витамин Д2, стрептомицин).

При возникновении устойчивости микобактерий к фтивазиду, стрептомицину и ПАСК, показаны – циклосерин, этионамид, этамбутол, этоксид.

Задача №5

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

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

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
4. Перечислите достоверные и вероятные признаки заболевания.
5. Наметьте план лечебных мероприятий.

Ответ к задаче №5

1. Колликативный туберкулез кожи.
2. Туберкулез кожи вызывается микобактериями туберкулеза человеческого, реже бычьего типа. Заражение чаще происходит аэрогенно, но возможно и через желудочно-кишечный тракт. Крайне редко микобактерии туберкулеза первично попадают в кожу.

Большинство форм туберкулеза кожи являются результатом гематогенного или лимфогенного распространения из первичных или вторичных очагов. Возможны как диссеминация микобактерии туберкулеза по всему организму, так и метастатический путь распространения.

Туберкулиновые пробы резко положительные. Очаги поражения не имеют склонности к периферическому росту, сравнительно легко поддаются специфическому лечению.

Колликативный туберкулез (скрофулодерма) – результат гематогенного или лимфогенного распространения. Чаще регистрируется у детей и юношей. Выделяют вторичную (результат попадания микобактерии туберкулеза в подкожные лимфатические узлы, а уже затем в кожу) и первичную скрофулодерму. Наиболее частая локализация – в области ключиц, грудины, на шее.

Первичная скрофулодерма возникает в результате метастатического гематогенного попадания микобактерии туберкулеза непосредственно в подкожную клетчатку.

3. Гистологическое исследование кожи

Бактериоскопический метод

Серологические тесты

Туберкулиновая проба

Рентгенограмма органов грудной клетки

4. Достоверные признаки:

Обнаружение возбудителя в очаге поражения кожи.

а) бактериоскопическое исследование (окраска мазков по Цилю-Нильсену)

б) бактериологическое исследование (посев материала на питательные среды)

в) биологическая проба (заражение морских свинок патологическим материалом)

г) гистологическое исследование (если при этом не обнаружены микобактерии, учитывать, что гранулематозная реакция характерна и для ряда других инфекционных заболеваний).

Вероятные признаки:

а) наличие туберкулеза внутренних органов у больного

б) клинические проявления туберкулеза кожи

в) кожные пробы с туберкулином.

5. Лечение больных туберкулезом кожи должно быть комплексным, непрерывным, длительным, проводится с учетом теоретических основ химиотерапии при туберкулезе. Этиологическое лечение сочетается с патогенетическим, направленным на повышение факторов иммунной защиты, снижение воспалительной реакции и повышенной чувствительности к микобактериям, предупреждение осложнений туберкулезной инфекции и побочного действия антибактериальных средств.

Антибактериальная терапия осуществляется с использованием туберкулостатических препаратов. Применяемые в настоящее время противотуберкулезные средства разделяются на две группы.

К 1-й группе относятся основные противотуберкулезные препараты: стрептомицин (дигидрострептомицин), препараты группы гидразида изоникотиновой кислоты (тубазид, фтивазид, салюзид, метагид, ПАСК (бепаск), рифампицин.

Во 2-ю (резервную) группу входят тибон, этионамид (протионамид), пиразинамид, этамбутол, циклосерин, виомицин, канамицин.

Для повышения эффективности используется комбинированная антибактериальная терапия, чем значительно задерживается скорость развития лекарственной устойчивости и тем самым облегчается возможность длительного лечения больных. Несоблюдение пациентами режима медикаментозной терапии может способствовать развитию перекрестной устойчивости. Основной курс антибактериальной терапии желательно проводить в условиях специализированного стационара (санатория) или отделения для больных внелегочными формами туберкулеза, где обеспечивается необходимый лечебно-охранительный режим. Патогенетическая терапия больных туберкулезом кожи включает витамины, десенсибилизирующие средства, физиотерапевтическое воздействие, климатические факторы, лечебное питание, различные симптоматические средства. Белки, витамины и соли кальция являются главными пищевыми компонентами в питании больных: количество их должно быть повышено по сравнению с нормой в среднем на 1/3. К патогенетическим средствам при

рассеянных формах туберкулеза кожи относятся и препараты, улучшающие периферическое кровообращение (гливенол, эскузан и др.) в течение 1-2 мес. Местное лечение при туберкулезе кожи не имеет практического значения.

Хирургическое лечение применяется в основном при колликувативном туберкулезе. Больных туберкулезом кожи берут на учет противотуберкулезные учреждения. Они проводят основное и противорецидивное лечение (вместе с диспансерным наблюдением). Учитывая незначительную контагиозность больных туберкулезом кожи и нежелательность их суперинфицирования, пребывание их в стационарах вместе с бациллярными больными туберкулезом легких недопустимо. В целях профилактики генерализации туберкулезного процесса больные туберкулезом кожи должны лечиться во внелегочных стационарах и санаториях.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Сбор анамнеза у больных лепрой.
2. Осмотр больных, определение морфологических элементов, их интерпретация.
3. Методы исследования: граттаж, витропрессия, определение чувствительности кожи.
4. Интерпретация лабораторных методов исследования.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Диагностика лепры.
2. Алгоритм обследования больных лепрой.
3. Характеристика клинических форм лепры.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

б) № в) п/п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ		

			2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				

4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				
11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №14
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Вирусные заболевания кожи. Этиология. Патогенез.
Клинические формы. Диагностика. Лечение»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.14

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема «Вирусные заболевания кожи. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Лечение.»

2. Формы работы:

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Клинические формы вирусных дерматозов.
2. Герпесвирусные заболевания кожи.
3. Папилломавирусные заболевания кожи.
4. Современные методы лечения вирусных дерматозов.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

- Подготовка к практическим занятиям.
- Написание истории болезни.

Выберите один правильный ответ.

1. ДЛЯ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) гнойнички, язвы
- 2) узелки, чешуйки
- 3) папулы, волдыри
- 4) бугорки
- 5) пузырьки, эрозии

Правильный ответ: 5

2. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПРОСТОГО ГЕРПЕСА:

- 1) склонность к рецидивированию
- 2) хроническое длительное течение без периодов ремиссий
- 3) начало заболевания преимущественно в пожилом возрасте
- 4) возникновение рецидивов после нервного перенапряжения
- 5) провоцирующее воздействие нарушений в диете

Правильный ответ: 1

3. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРОСТОГО ПУЗЫРЬКОВОГО ЛИШАЯ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) волдыри
- 2) сгруппированные пузырьки
- 3) папулы лентикулярные
- 4) язвы
- 5) рубцы

Правильный ответ: 2

4. ДЛЯ ПАПУЛ ПРИ КОНТАГИОЗНОМ МОЛЛЮСКЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) цвет нормальной кожи
- 2) (+) симптом Пospelова
- 3) синюшно-красный цвет
- 4) сетка Уикхема
- 5) зуд

Правильный ответ: 1

5. ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС:

- 1) относится к ИППП
- 2) дифференцируют с розовым лишаем
- 3) никогда не рецидивирует
- 4) необходимо назначение кортикостероидов
- 5) необходимо назначение фунгицидных средств

Правильный ответ: 1

6. ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) отсутствие болезненности
- 2) удовлетворительное состояние
- 3) диссеминация высыпаний по ходу сосудов
- 4) асимметричность и группировка высыпаний
- 5) рецидивы

Правильный ответ: 4

7. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОСТОГО И ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) синафлан
- 2) линимент госсипола
- 3) ихтиоловую мазь
- 4) серную мазь
- 5) медифокс

Правильный ответ: 2

8. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕСОМ ПРОВОДИТСЯ:

- 1) интерфероном
- 2) поливалентной герпетической вакциной
- 3) пирогеналом
- 4) иммуноглобулином

5) левамизолом

Правильный ответ: 2

9. ЛЕЧЕНИЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ:

1) противовирусные антибиотики

2) витамин А

3) цитостатики

4) глюкокортикостероиды

5) фунгицидные препараты

Правильный ответ: 1

10. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕСОМ:

1) интерферон

2) поливалентная герпетическая вакцина

3) пирогенал

4) иммуноглобулин

5) левамизол

Правильный ответ: 2

11. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

1) преднизолоновая мазь

2) флуцинар

3) синтомициновая эмульсия

4) салициловая мазь

5) теброфеновая мазь

Правильный ответ: 5

12. К ПРОТИВОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ:

1) ламизил

2) метисазон

3) нистатин

4) фуцидин

5) дифлюкан

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

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

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

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

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

Ответ к задаче № 1

1. Плоские бородавки.

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

3. С верруциформной эпидермодисплазией, фолликулярным дискератозом, красным плоским лишаем.

4. Общая терапия

- противовирусная или этиологическая терапия

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

Местная терапия:

-противовирусная наружная терапия.

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

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

5. Rp.: Ung. «Aciclovir» 5% 5,0

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

Rp.: Ung. Tebropheni 5% 30,0

D.S. Смазывать очаг поражения 3 раза в день

Rp.: Solcodermi 0,2

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

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

D.S. Смазывать участки поражения 1 раз в день

Задача №2

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

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

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

1. Поставьте диагноз.

2. Этиология и патогенез заболевания

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

4. Составьте план лечения.

5. Выпишите рецепты

Ответ к задаче № 2

1. Вульгарные бородавки.

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

3. С верруциформной эпидермодисплазией, фолликулярным дискератозом, красным плоским лишаем.

4. Общая терапия

- противовирусная или этиологическая терапия

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

Местная терапия:

-противовирусная наружная терапия.

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

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

5. Rp.: Ung. «Aciclovir» 5% 5,0

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

Rp.: Ung. Tebropheni 5% 30,0

D.S. Смазывать очаг поражения 3 раза в день

Rp.: Ung. Riodoxoli 1% 30,0

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

Rp.: Solcodermi 0,2

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

Rp.: Resorcini 0,3

Ac. salicylici 0,6

Hydrargyri oxydi flavi 1,2
Pastae Zinci 30,0
M.f. pasta
D.S. Смазывать очаги поражения однократно.

Rp.: Sol. Podophyllini spirituosae 25% 50,0
D.S. Смазывать участки поражения 1 раз в день

Задача №3

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

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

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

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

Ответ к задаче №3

1. Контагиозный моллюск.
2. Контагиозный моллюск – доброкачественное, вирусное заболевание кожи и слизистых оболочек.
3. Причиной является ДНК-вирус из семейства поксвирусов, который инфицирует только людей. Распространение происходит по коже путем аутоинокуляции и передается другим через контакты кожи с кожей. Поражаются главным образом дети, сексуально активные взрослые и лица с иммунодефицитом.

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

У взрослых инфекция чаще всего передается половым путем.

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

5. - общий анализ крови

- общий анализ мочи

- микроскопическое исследование (при нетипичной клинической картине)

- гистологическое исследование (при нетипичной клинической картине)

- ПЦР-диагностика (при нетипичной клинической картине)

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

Задача №4

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

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

Подобные высыпания больной отмечает в течение последних 3 –х лет, ежегодно - 2 раза в год
ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже лица у левого угла рта имеются сгруппированные пузырьки размером от 0,1 до 0,3см. Расположены пузырьки на фоне гиперемированной и слегка отечной коже. Содержимое пузырьков – серозное. В полости рта (на небе и нижней десне слева) на фоне отечной и гиперемированной слизистой оболочки эрозии с неправильными мелкофестончатыми очертаниями. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации.

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

Ответ к задаче № 4

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

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

4. Терапия простого герпеса носит комплексный характер и включает в себя: этиотропное лечение (использование противовирусных препаратов); патогенетическое воздействие (иммунокорректирующие средства); симптоматическое лечение.

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

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

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

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

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

Этиотропное звено терапии – противогерпетические препараты (внутривенно, перорально, местно). Используют ацикловир, фамвир, алпизарин, флакозид. Эти препараты используют как

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

II этап – терапия в стадии ремиссии, после стихания основных клинических проявлений. Цель – закрепить положительный эффект проведенной в острой стадии терапии и подготовить пациента к вакцинации. Необходимо продолжить или повторить курс этиотропной терапии. Назначают иммуномодуляторы (возможно те же, что и в остром периоде), фитоадаптогены (элеутерококк, эхинацея, аралия, лимонник), при выраженной иммуносупрессии – гормоны тимуса коротким курсом. Проводят санацию очагов хронической инфекции.

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

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

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

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

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

Задача № 5

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

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

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

1. Поставьте диагноз.

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

Ответ к задаче №5

1. Опоясывающий лишай.

2. Вирус герпеса человека типа 3 (ВГ3) принадлежит к подсемейству альфагерпесвирусов, имеет тропность к эпителиоцитам и клеткам сенсорных ганглиев. Сенсорные ганглии являются резервуаром вируса. В случае заражения вирусом герпеса 3-го типа источником инфицирования является человек, больной ветряной оспой или опоясывающим герпесом. Заразным является человек в конце инкубационного периода до момента отпадения корочек. Особенно высока реализация заражения в первые 7 дней от начала высыпаний. Основными путями передани являются воздушно-капельный, контактный и парентеральный. Возможна передача инфекции от матери плоду (вертикальный путь). Это происходит в том случае, если женщина во время беременности болеет ветряной оспой. Инфицирование ВГ-3 происходит в первые 6-8 лет жизни ребенка. Инфекция манифестирует в детском возрасте и у 90% пациентов проявляется в виде ветряной оспы, после нее остается стойкий пожизненный иммунитет. При первичном инфицировании ВГ-3 адсорбируется на эпителиоцитах верхних дыхательных путей и прикрепляется к рецепторам цитоплазматической мембраны. После этого следует ряд изменений: вирус проникает в эпителиоциты, реплицируется и транспортируется на поверхность клетки. Реализуется и цитотоксический эффект, и вирусемия. После периода вирусемии вирус проникает в клетки чувствительных ганглиев преимущественно лицевого, тройничного и межреберных нервов. В дальнейшем под воздействием факторов, снижающих иммунитет, происходит реактивация и репликация вируса. Вирус достигает по аксонам определенных участков кожи и слизистых оболочек и вновь оказывает цитотоксический эффект на эпителиоциты. Противовирусные антитела, которые вырабатываются при первичном инфицировании, предохраняют человека в дальнейшем от экзогенного проникновения вируса и возникновения ветряной оспы.

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

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

Патогенетическая терапия включает препараты интерферона, иммуномодуляторы.

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

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

5. Rp.: Ung. «Ciclovir» 5% 5,0

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

Rp.: Ung. Tebropheni 2% 30,0

D.S. Смазывать очаг поражения 3 раза в день

Rp.: Ung. Oxolini 1% 15,0

D.S. Смазывать очаги 3 раза в день

Rp.: Ung. Interferoni 30% 10,0

D.S. Смазывать очаги 3 раза в день

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Удаление контагиозного моллюска.
2. Методики удаления бородавок, остроконечных кондилом, папиллом.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Дифференциально-диагностические критерии простого и опоясывающего герпеса.
2. Алгоритм обследования больных рецидивирующими формами герпеса.
3. Алгоритм лечения больных герпетической инфекцией.
4. Сравнительный анализ различных методов лечения остроконечных кондилом.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		

3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				

8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				
11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №15
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Дерматиты. Этиология. Патогенез.
Клинические проявления. Принципы лечения»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.15

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » » декабрь 2018г.

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор _____

Составитель:

к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема «Дерматиты. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Принципы лечения»

2. Формы работы:

- Подготовка к занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиология дерматитов.
2. Классификация дерматитов.
3. Современные представления о патогенезе дерматитов.
4. Дифференциальная диагностика дерматитов.
5. Современные методы лечения больных различными формами дерматитов.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ОБЛИГАТНЫМИ РАЗДРАЖИТЕЛЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) концентрированные растворы минеральных кислот и щелочей
- 2) полимеры
- 3) синтетические моющие средства
- 4) слабые растворы кислот
- 5) слабые растворы щелочей

Правильный ответ: 1

2. ОБЛИГАТНЫЕ ХИМИЧЕСКИЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ:

- 1) концентрированные кислоты
- 2) полимеры
- 3) синтетические моющие средства
- 4) слабые растворы щелочей
- 5) слабые растворы кислот

Правильный ответ: 1

3. К ФИЗИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВЫЗВАТЬ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ, ОТНОСЯТСЯ:

- 1) растения
- 2) воздействия низких и высоких температур
- 3) кислоты
- 4) щелочи
- 5) полимеры

Правильный ответ: 2

4. ПРИ КОНТАКТНОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ НАИМЕНЕЕ ПОРАЖАЮТСЯ:

- 1) веки
- 2) шея
- 3) половые органы

- 4) руки
- 5) ладони

Правильный ответ: 5

5. ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ:

- 1) эпидермиты
- 2) аллергические контактные дерматиты
- 3) экзему истинную
- 4) экзему микробную
- 5) эритродермию

Правильный ответ: 1

6. ВО ВРЕМЯ МОКНУТИЯ И ВЕЗИКУЛЯЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ:

- 1) нитрофунгин
- 2) резорциновую примочку 1%, раствор цинка сульфата 0.25%
- 3) 10% серную мазь на вазелине
- 4) бензилбензоат
- 5) формалиновую мазь

Правильный ответ: 2

7. ОЖОГ, ВЫЗВАННЫЙ КОНЦЕНТРИРОВАННОЙ ЩЕЛОЧЬЮ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) сухим струпом
- 2) мягким струпом
- 3) четкими границами
- 4) отсутствием субъективных ощущений
- 5) умеренным зудом

Правильный ответ: 2

8. ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАРУЖНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ:

- 1) к полному выздоровлению
- 2) к подавлению глюкокортикоидной функции коры надпочечников
- 3) к гипертрофии эпидермиса
- 4) к выпадению пушковых волос
- 5) к частым рецидивам

Правильный ответ: 2

9. ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ:

- 1) токсикодермию
- 2) аллергические контактные дерматиты
- 3) масляные фолликулиты
- 4) стрептодермию
- 5) стафилодермию

Правильный ответ: 3

10. К ВЕЩЕСТВАМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) продукты перегонки каменного угля
- 2) продукты перегонки нефти
- 3) продукты перегонки сланцев
- 4) некоторые лекарства и растения
- 5) продукты перегонки каменного угля, нефти, сланцев; некоторые лекарства и растения

Правильный ответ: 5

11. ПРОНИКНОВЕНИЕ АЛЛЕРГЕНОВ В КОЖУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЯМИ:

- 1) трансэпидермальным
- 2) трансгландулярным
- 3) трансфолликулярным
- 4) трансэпидермальным, трансгландулярным, трансфолликулярным
- 5) трансгландулярным, трансфолликулярным

Правильный ответ: 6

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

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

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Какие лабораторные методы исследования могут подтвердить причину возникновения заболевания?
3. Составьте план лечения больного.
4. Рекомендации больному после клинического выздоровления.
5. Выпишите рецепты антигистаминного и гипосенсибилизирующего препаратов.

Ответ к задаче №1

1. Распространенная аллергическая токсикодермия
2. - Анамнез болезни
 - Клиническая картина
 - Провокационные пробы
 - Диагностические аллергические пробы in vitro с кровью больного
 - Гистологическое исследование
3. Токсикодермии аллергические, токсические и алерго-токсические.
4. - Устранение действия этиологического фактора
 - Патогенетическая терапия (детоксикация организма, антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты)
 - Симптоматическая терапия (наружные средства)
5. Rp: Sol. Calcii glyconatis 10%-10,0

D.t.d. № 10 in amp.
S. По 10 мл. в/венно.

Rp: Sol. Suprastini 2%-1.0
D.t.d. № 10 in amp.
S. По 1 мл. в/м 2 раза в день.

Задача №2

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

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

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

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

Ответ к задаче №2

1. Контактный аллергический дерматит химической этиологии.
2. Дерматит – ограниченное воспаление кожи, вызванное воздействием внешнего фактора. Контактный аллергический дерматит – заболевание, которое возникает в результате повторного контакта с веществами сенсибилизаторами (аллергенами) вследствие аллергической реакции IV типа (ГЗТ).
3. Уменьшение воспаления, снижение интенсивности зуда, регресс высыпаний.
4. Острый распространенный процесс и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний
5. Несвоевременная диагностика аллергического контактного дерматита с проведением кожных аппликационных проб приводит к длительному, упорному течению и хронизации процесса.

Задача №3

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

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

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

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

Ответ к задаче №3

1. Контактный аллергический дерматит химической этиологии.
2. Дерматит – ограниченное воспаление кожи, вызванное воздействием внешнего фактора.

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

3. Уменьшение воспаления, снижение интенсивности зуда, регресс высыпаний.
4. Острый распространенный процесс и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний
5. Несвоевременная диагностика аллергического контактного дерматита с проведением кожных аппликационных проб приводит к длительному, упорному течению и хронизации процесса.

Задача №4

На прием к дерматологу обратилась больная 20 лет с жалобами на высыпания на коже туловища, рук и ног, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение 2-х дней. Заболевание началось после приема антибиотиков по поводу ангины. Появилась сыпь на туловище, беспокоил зуд. Отдельные элементы сыпи за несколько часов исчезали, свежие элементы сыпи появлялись.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести больной?
3. Показания к госпитализации в дерматологический стационар.
4. Показания для госпитализации в отделение интенсивной терапии
5. Принципы лечения заболевания

Ответ к задаче №4

1. Острая крапивница.
2. -Анамнез и физикальное обследование
 - Общий анализ крови
 - Общий анализ мочи
 - Биохимический анализ крови
 - Проведение по показаниям дополнительных исследований для выявления сопутствующей патологии: определение маркеров вирусных гепатитов, показателей функции щитовидной железы и др.
 - Консультация аллерголога с проведением аллергологической диагностики
3. Распространенная крапивница, сопровождающаяся интенсивным зудом и нарушением общего состояния, а также отсутствие эффекта на амбулаторном этапе терапии.
4. Сопутствующий ангионевротический отек в области гортани, анафилактические реакции.
5. -Исключить воздействие причинных факторов.
 - Провести мероприятия медикаментозной терапии направленные на купирование симптомов заболевания.
 - Антигистаминные препараты 1-го поколения (хлоропирамин внутрь взрослым по 25 мг 3-4 р/сут, мебгидролин внутрь детям старше 10 лет и взрослым — 100—300 мг/сут в 2-3 приема, клемастин (сироп и таблетки) - детям старше 12 лет и взрослым по 1 мг 2—3 р/сут).
 - Антигистаминные препараты 2-го поколения (лоратадин внутрь старше 12 лет - 10 мг 1 р/сут).
 - Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов (циметидин в/в по 300 мг в течение 15-20 минут).
 - Стабилизаторы мембран лаброцитов и базофилов (интал по 0,02 гр x 2 раза в сутки, кетотифен по 0,001 гр x 2 раза в сутки).

- Магния сульфат 10 – 25% (по 10-15 мл х 3-5 раз в сутки) – послабляющий эффект.
- Энтеросорбенты (активированный уголь, полифепан, энтерогель).
- Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, ацесоль, полиоксидин).
- Гипосенсибилизирующая терапия (глюконат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%, кальций хлорид 10%).
- При отсутствии эффекта - глюкокортикостероиды для системного применения (преднизолон взрослым по 40— 60 мг/сут с постепенным снижением дозы вплоть до отмены, дексаметазона фосфат взрослым — 4—6 мг/ сут).

Задача №5

В кожно-венерологический диспансер машиной скорой помощи доставлена больная.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение двух дней, когда после приёма лекарств по поводу респираторного заболевания стали появляться красные пятна и пузыри на коже туловища и конечностей, болезненность кожи. Высыпания сопровождаются слабостью, недомоганием, повышением температуры тела до 39-40 градусов, головной болью.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит генерализованный характер. Кожа напоминает «ошпаренную кипятком». На фоне эритемы определяются вялые пузыри, мокнущие ярко-красные эрозии. Симптом Никольского положительный. Общее состояние больной тяжелое.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите этиологические варианты заболевания?
3. Перечислите диагностические критерии заболевания.
4. Какие неотложные мероприятия необходимо провести?
5. Основные принципы лечения заболевания.

Ответ к задаче №5

1. Синдром Лайелла
2. Лекарственный, инфекционный, смешанный, идиопатический.
3. - Внезапное начало, быстрое нарастание температуры тела
 - Быстро распространяющаяся и сливающаяся эритема, на фоне которой появляются очаги геморрагий, болезненность кожи.
 - Отслойка эпидермиса и формирование гигантских пузырей и эрозий.
 - Положительный симптом Никольского.
 - Тяжелое общее состояние.
 - Отсутствие эозинофилов в периферической крови.
4. Больной должен быть госпитализирован в реанимационное отделение, желательно в ожоговый центр.
5. Основными принципами лечения являются:

Этиотропная терапия – устранение фактора, вызвавшего ТЭН.

Патогенетическая терапия – интенсивная детоксикация организма, противоаллергическая и противовоспалительная терапия.

Симптоматическая терапия – коррекция водно-электролитного, белкового, кислотно-щелочного баланса, борьба с вторичной инфекцией, обезболивание, тщательный уход за кожей и др.

При констатации ТЭН проводят неотложные мероприятия:

- Внутривенное капельное введение детоксицирующего раствора (изотонический раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы).
- Внутривенное капельное введение 200-300 мг преднизолона.

В условиях реанимационного отделения проводят следующую терапию:

Преднизолон per os 100-200 мг в сутки (при невозможности глотать или при сопутствующей язвенной болезни желудка преднизолон вводят внутривенно капельно 300-400 мг/сут).

Внутривенное введение детоксицирующих растворов не менее 1,5-2 л в день под контролем функции почек и сердца.

Коррекция нарушений водно-солевого, белкового, кислотно-щелочного баланса организма. При обширных эрозиях на коже и слизистых оболочках, а также для профилактики пневмонии и септических осложнений назначают парентерально антибиотики широкого спектра действия новейших поколений. По необходимости вводят анальгетики.

Наружный уход за кожей осуществляют как при ожоговой болезни с применением современных технологий.

В случае достижения устойчивого положительного результата, эпителизации основных поражений, уменьшения интоксикации, нормализации температуры тела и функций внутренних органов суточную дозу преднизолона постепенно снижают, вплоть до полной отмены препарата через 1,5-2 месяца лечения.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Осмотр больного, определение морфологических элементов сыпи.
2. Накожная капельная и аппликационная аллергические пробы.
3. Рациональная наружная терапия (рецепты).

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Дифференциальная диагностика дерматитов.
2. Алгоритм обследования больных дерматитами: анамнез, общий статус, локальный статус, лабораторная диагностика, дополнительные методы обследования.
3. Алгоритм лечения больных дерматитами: принципы лечения в зависимости от активности процесса, общее лечение, наружное лечение.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		

4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				

11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №16
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Экзема. Этиология. Патогенез. Клинические формы.
Дифференциальная диагностика. Принципы лечения»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.16

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № 5 от « 14 » декабрь 2018г.

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор _____

Составитель:

к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема «Экзема. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.»

2. Формы работы:

- Подготовка к клиническому разбору больных.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиология и патогенез развития экземы.
2. Классификация экземы.
3. Особенности клинических проявлений и течения экземы.
4. Диагностические тесты, позволяющие верифицировать данное заболевание.
5. Дифференциальная диагностика.
6. Алгоритм обследования и лечения больных.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ПРОНИКНОВЕНИЕ АЛЛЕРГЕНОВ В КОЖУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЯМИ:

- 1) трансэпидермальным
- 2) трансгландулярным
- 3) трансфолликулярным
- 4) трансэпидермальным, трансгландулярным, трансфолликулярным
- 5) трансгландулярным, трансфолликулярным

Правильный ответ: 4

2. ПУТИ ЭЛИМИНАЦИИ АЛЛЕРГЕНОВ ИЗ КОЖИ:

- 1) катаболический
- 2) иммунный
- 3) транспортный
- 4) анаболический
- 5) катаболический, иммунный, транспортный

Правильный ответ: 5

3. У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- 1) симметричное расположение очагов
- 2) асимметричное расположение очагов
- 3) появление буллезных элементов
- 4) наличие резких границ очагов поражения
- 5) появление бугорков

Правильный ответ: 1

4. ДЛЯ СЕБОРЕЙНОЙ ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНО:

- 1) язвы
- 2) узлы
- 3) боль, жжение

- 4) симптом Пospelова
- 5) жирные желтые чешуйки

Правильный ответ: 5

5. БОЛЬНОМУ С ОСТРОЙ МОКНУЩЕЙ ЭКЗЕМОЙ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

- 1) мазь
- 2) присыпку
- 3) крем
- 4) примочку
- 5) желе

Правильный ответ: 4

6. ВО ВРЕМЯ МОКНУТИЯ И ВЕЗИКУЛЯЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ

- 1) нитрофунгин
- 2) резорциновую примочку 1%, раствор цинка сульфата 0.25%
- 3) 10% серную мазь на вазелине
- 4) бензилбензоат
- 5) формалиновую мазь

Правильный ответ: 2

7. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ЭКЗЕМЫ:

- 1) папилломатоз
- 2) баллонизирующая дистрофия
- 3) гиперкератоз
- 4) спонгиоз
- 5) акантолиз

Правильный ответ: 4

8. ДЛЯ ЭКЗЕМЫ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО:

- 1) локализация в области лица
- 2) мозаичные рубцы
- 3) отсутствие мокнутия
- 4) симптом Бенъе положительный
- 5) симптом Никольского

Правильный ответ: 1

9. ФАКТОРЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ЭКЗЕМУ:

- 1) психоэмоциональные
- 2) облигатные химические раздражители
- 3) кортикостероидные мази
- 4) прием антигистаминных средств
- 5) прием ретиноидов

Правильный ответ: 1

10. ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАРУЖНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ:

- 1) к полному выздоровлению
- 2) к подавлению глюкокортикоидной функции коры надпочечников
- 3) к гипертрофии эпидермиса
- 4) к выпадению пушковых волос
- 5) к частым рецидивам

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

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

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

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

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

Ответ к задаче №1

1. Распространенная истинная экзема в стадии обострения.
2. Экзема развивается в результате комплексного воздействия экзогенных и эндогенных факторов. Как правило, экзема характеризуется ассоциацией с антигенами HLA-B22 и HLA-C1 поливалентной сенсibilизацией и аутосенсibilизацией, нарушением равновесия между деятельностью симпатического и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.
3. Дифференциальная диагностика с атопическим дерматитом, токсидермией, пиодермией, аллергическим контактным дерматитом.
4. Аллергологическое исследование сыворотки крови, культуральное исследование, серологическая диагностика паразитарных заболеваний, бактериологическое исследование микрофлоры кожи.
5. Общая терапия:
 - 1) Режим охранительный: исключение контактов с возможными аллергенами, ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур, сон — не менее 8 часов.
 - 2) Диета: исключаются яйца, цитрусовые, мясо птицы, жирные сорта рыбы, мясные бульоны, цельное молоко, орехи, газированные напитки, красные вина,

морепродукты, бобовые, грибы, томаты, шпинат, шоколад, какао, кофе, приправы, майонез, острые блюда.

- 3) Антигистаминные препараты (хлоропирамин в/м 20 мг (1 мл) 2 р/сут в течение 5-10 сут, мебгидролин внутрь 100 мг 2 р/сут в течение 10-20 сут, клемастин внутрь 1 мг 2 р/сут, лоратадин внутрь 10 мг 1 р/сут., цетиризин).
- 4) Глюкокортикостероидные препараты системного действия (преднизолон внутрь 25—30 мг /сут в течение 14—25 сут с последующим снижением дозы на 5 мг каждые 5 сут до полной отмены).
- 5) Гипосенсибилизирующие средства (кальций глюконат 10% раствор по 10 мл в/м 1 р/сут в течение 10-15 сут, натрия тиосульфат 30%, магния сульфат 25% раствор по 5—10 мл в/м 1 р/сут в течение 10 суток.).
- 6) Дезинтоксикационные средства (натрия хлорид по 200—400 мл в/в капельно 2—3 раза в неделю, на курс 3-5 инфузий, натрия хлорид + калия хлорид + магния хлорид по 200—400 мл в/в капельно).
- 7) Диуретические средства (фуросемид 20—40 мг/сут в/в 3 р/нед., диакарб внутрь по 125-250 мг 1 р/сут утром).
- 8) Транквилизаторы (оксазепам внутрь по 0,01 г 1 р/сут н/ночь, нитразепам внутрь по 0,005 г 1 р/сут н/ночь).
- 9) Вегетотропные средства (фенобарбитал + эрготамин + сумма алкалоидов красавки внутрь по 1 табл. 3 р/сут в течение 7—9 дней).

Местное лечение:

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

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

Задача №2

К дерматологу обратилась больная 25 лет с жалобами на обильное шелушение коже волосистой части головы, высыпания на коже лица, сопровождающиеся зудом.

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

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на коже волосистой части головы, спины, лица, заушных складок. Представлен множественными очагами с нечеткими границами. В пределах очагов на фоне умеренно выраженной эритемы и отека жирные чешуйки желтоватого цвета, рыхлые корочки.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
 - 4 Составьте план обследования больной
 - 5 Принципы общей терапии заболевания.

Ответ к задаче №2

1. Себорейная экзема в стадии обострения.
2. Экзема развивается в результате комплексного воздействия экзогенных и эндогенных факторов, характеризуется ассоциацией с антигенами HLA-B22 и HLA-C1 поливалентной сенсibilизацией и аутосенсibilизацией, нарушением равновесия между деятельностью симпатического и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.
3. От фолликулярного дискератоза Дарье, болезни Девержи, себорейной пузырьчатки Сенира-Ашера.
4. Аллергологическое исследование сыворотки крови, культуральное исследование, серологическая диагностика паразитарных заболеваний, бактериологическое исследование микрофлоры кожи.
5. Режим охранительный: исключение контактов с возможными аллергенами, ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур, сон — не менее 8 часов.

Диета: исключаются яйца, цитрусовые, мясо птицы, жирные сорта рыбы, мясные бульоны, цельное молоко, орехи, газированные напитки, красные вина, морепродукты, бобовые, грибы, томаты, шпинат, шоколад, какао, кофе, приправы, майонез, острые блюда.

- Антигистаминные препараты (хлоропирамин в/м 20 мг (1 мл) 2 р/сут в течение 5-10 сут, мебгидролин внутрь 100 мг 2 р/сут в течение 10-20 сут, клемастин внутрь 1 мг 2 р/сут, лоратадин внутрь 10 мг 1 р/сут., цетиризин).

- Гипосенсibilизирующие средства (кальций глюконат 10% раствор по 10 мл в/м 1 р/сут в течение 10-15 сут, натрия тиосульфат 30%, магния сульфат 25% раствор по 5—10 мл в/м 1 р/сут в течение 10 суток).

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

- Диуретические средства (фуросемид 20—40 мг/сут в/в 3 р/нед., диакарб внутрь по 125-250 мг 1 р/сут утром).

- Транквилизаторы (оксазепам внутрь по 0,01 г 1 р/сут н/ночь, нитразепам внутрь по 0,005 г 1 р/сут н/ночь).

- Вегетотропные средства (фенобарбитал + эрготамин + сумма алкалоидов красавки внутрь по 1 табл. 3 р/сут в течение 7—9 дней).

Задача №3

На прием к дерматологу обратился больной 28 лет с жалобами на высыпания и зуд в области правой голени.

ИЗ АНАМНЕЗА. Неделю назад получил ожог правой голени. К врачу не обращался, самостоятельно не лечился. На месте ожога через пять дней появилось покраснение, затем возникла отечность голени, стал беспокоить зуд. Почти одновременно появились мокнутие, эрозии, корки. Сопутствующая патология – хронический тонзиллит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В средней трети правой голени на месте ожога имеются две язвочки величиной с крупную горошину, с гнойным отделяемым. Вокруг них – эритема с четкими границами, милиарные папулы, везикулы, сплошное мокнутие. По периферии очага поражения – пустулы, гнойные корочки.

1. Поставьте диагноз.
2. Клиническая классификация заболевания
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания
4. Составьте алгоритм обследования больного
5. Показания к консультациям других специалистов

Ответ к задаче №3

1. Микробная экзема в стадии обострения

2. Единой классификации заболевания не существует. Выделяют следующие клинические формы экземы:

- Истинная
- Микробная
- Себорейная
- Контактная (профессиональная)
- Экзема у детей

3. С красным плоским лишаем, псориазом, милиарным и лентикулярным папулезным сифилидом.

4. Аллергологическое исследование сыворотки крови, гистологическое исследование кожи, бактериологическое исследование микрофлоры кожи.

5. Для выявления сопутствующей патологии назначают консультации терапевта, аллерголога, гастроэнтеролога, психоневролога и др.

Показано лечение хронического тонзиллита у отоларинголога.

Задача №4

На прием к дерматологу обратился больной 67 лет с жалобами на высыпания на коже туловища, рук и ног, сопровождающиеся умеренным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болеет около трех лет. Лечился амбулаторно у дерматолога. Получал наружную мазевую терапию. Последний рецидив заболевания связывает с нервным стрессом. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический холецистит, колит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуясь на коже туловища, верхних и нижних конечностей, лица. Симметричный. На фоне разлитой эритемы множественные везикулы, эрозии, очаги мокнутия, серозные корки. Лицо отечно,

гиперемировано. Кожа тыла кистей лихенифицирована, покрыта пластинчатыми чешуйками, отмечаются поверхностные трещины.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите характерные клинические признаки заболевания
3. Поливалентная или моновалентная сенсibilизация характерна для данного заболевания?
4. Критерии эффективности лечения.
5. Показания для госпитализации.

Ответ к задаче №4

1. Распространенная истинная экзема в стадии обострения.
2. Границы очагов поражения не резкие, высыпания располагаются симметрично, тенденция к диссеминации резко выражена, наиболее типичны симптомы: эритема «серозные колодцы», участки мокнутия, везикулы, папулы, сероватые или желтоватые корочки.
3. Поливалентная сенсibilизация
4. Прекращение прогрессирования заболевания, уменьшение выраженности и разрешение воспаления. Поддержание состояния клинической ремиссии, уменьшение частоты развития рецидивов.
5. Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения. Распространенные формы и тяжелое течение заболевания.

Задача № 5

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

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

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие исследования необходимо назначить ребенку?
5. Принципы лечения заболевания

Ответ к задаче №5

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

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

4. Аллергологическое исследование сыворотки крови, серологическая диагностика паразитарных заболеваний.

5. Общая терапия:

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

Местное лечение:

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

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Опрос, осмотр и оформление истории болезни.
2. Составить план обследования больного.
3. Анализировать, оценивать клинические, иммунологические и биохимические исследования.
4. Поставить аллергические кожные пробы.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Диагностика экземы.
2. Классификация экземы.

3. Алгоритм обследования больных экземой.
4. Клинические формы экземы.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство , год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.htm 1	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				
11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №17
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Атопический дерматит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления.
Диагностика. Лечение»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.17

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема «Атопический дерматит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.»

2. Формы работы:

- Проработка учебного материала по учебной и научной литературе.
- Подготовка докладов.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиология атопического дерматита.
2. Классификация атопического дерматита.
3. Современные представления о патогенезе атопического дерматита.
4. Дифференциальная диагностика атопического дерматита.
5. Современные методы лечения больных атопическим дерматитом.
6. Тактика ведения больных атопическим дерматитом.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ХАРАКТЕРНО:

- 1) отсутствие зуда
- 2) лихенификация
- 3) локализация на спине, волосистой части головы
- 4) острое течение
- 5) поражение придатков кожи

Правильный ответ: 2

2. ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- 1) ихтиоз
- 2) стрептостафилодермия
- 3) катаракта
- 4) бронхиальная астма
- 5) склеродермия

Правильный ответ: 5

3. ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАРУЖНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ:

- 1) к полному выздоровлению
- 2) к подавлению глюкокортикоидной функции коры надпочечников
- 3) к гипертрофии эпидермиса
- 4) к выпадению пушковых волос
- 5) к частым рецидивам

Правильный ответ: 2

4. ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ:

- 1) с рождения

- 2) во время прикорма ребенка
 - 3) в пубертатном периоде
 - 4) в дошкольном возрасте и в любом возрасте одинаково часто
 - 5) после года жизни
- Правильный ответ: 2

5. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

- 1) эрозии
 - 2) пузыри и везикулы
 - 3) лихенификация
 - 4) острое течение
 - 5) эффект от противовирусных препаратов
- Правильный ответ: 3

6. В ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВЫДЕЛЯЮТСЯ:

- 1) сезонные стадии
 - 2) четыре стадии в зависимости от активности процесса
 - 3) три стадии возрастной динамики
 - 4) три стадии в зависимости от осложнений
 - 5) стадийность не выявляется
- Правильный ответ: 3

7. ДЛЯ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- 1) антигистаминные препараты
 - 2) антибиотики
 - 3) противовирусные средства
 - 4) противогрибковые средства
 - 5) ламизил
- Правильный ответ: 1

8. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ:

- 1) в первые дни после рождения
 - 2) после 4 недель жизни
 - 3) у взрослых
 - 4) после 6 недель жизни;
 - 5) после 2 недель жизни.
- Правильный ответ: 4

9. ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ:

- 1) акантоз, гиперкератоз, папилломатоз, спангиоз;
- 2) гиперкератоз, акантоз, пузырьки;
- 3) абсцессы Потрие, акантоз, папилломатоз;
- 4) микроабсцессы Мунро, папилломатоз, паракератоз;
- 5) гиперкератоз, дискератоз, гранулез, акантоз.

Правильный ответ: 1

10. СИМПТОМ ГЕРТОГА И СКЛАДКИ МОРГАНА ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) для хронической экземы;
- 2) для атопического дерматита;
- 3) для псориаза;
- 4) для амилоидоза кожи;
- 5) для склередымы Бушке.

Правильный ответ: 2

11. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК АТОПИИ:

- 1) лейкоцитоз;
- 2) повышенный уровень IgE;
- 3) снижение уровня Т- лимфоцитов;
- 4) эозинофилия;
- 5) высокий уровень Т- киллеров.

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

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

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

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

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

Ответ к задаче №1

1. Атопический дерматит, первый возрастной период, эритематозно-сквамозная форма.
2. Ведущая роль в развитии атопического дерматита у детей принадлежит генетическим факторам, которые в сочетании с воздействием различных экзогенных факторов приводят к клинической

манифестации заболевания. Экзогенные факторы развития атопического дерматита: введение прикорма молочные смеси и коровье молоко. Иммунопатогенез атопического дерматита определяется особенностями генетически запрограммированного иммунного ответа на антиген под воздействием различных провоцирующих факторов (дисбаланс Th1- и Th 2-лимфоцитов с преобладанием последних, дегрануляция тучных клеток, повышенная активность клеток Лангерганса, которые приводят к гиперпродукции Ig E и/или Ig G-4 — антител).

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

4.- Общий анализ кров, определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом. Аллергологическое исследование сыворотки крови — определение специфических IgE/IgG. Кожные пробы —проводятся вне обострения кожного процесса. Серологическая диагностика паразитарных заболеваний. Консультации специалистов: гастроэнтеролога, невропатолога, оториноларинголога, аллерголога.

5.Общее лечение:

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

Местное лечение:

- 1) Глюкокортикостероидные топические средства (мометазона фураат, гидрокортизона 17-бутират, метилпреднизолон ацепонат, алклометазон дипропионат, в форме эмульсии, аэрозоля, крема, мази применяют на ограниченные участки кожи 1—2 раза в день в течение 5—14 дней с постепенной отменой).

Топический ингибитор кальциневрина (пимекролимус)

Антисептические наружные препараты (фукорцин спиртовой раствор, метиленовый синий 1-3% водный раствор).

Пасты, кремы, мази, содержащие нафталанскую нефть 2—5%.

Пиритионцинк активированный (0,2% аэрозоль, крем) наружно на очаги поражения 2раза в день в течение 14—21 дня.

Задача №2

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

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

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: Сыпь носит распространенный характер, очаги поражения располагаются преимущественно в подколенных впадинах и локтевых сгибах, а также на лице, шее. Сыпь представлена мелкими округлыми папулами розового цвета, местами элементы сливаются, образуя участки сплошной инфильтрации и лихенификации. Кожа сухая, имеются множественные экскориации и мелкоотрубевидные чешуйки. Ногтевые пластинки на кистях «отполированы». Дермографизм широкий, стойкий, белый.

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

Ответ к задаче №2

1. Атопический дерматит, II возрастной период, смешанная форма, III степень активности.
2. На основании аллергологического (+) анамнеза, типичной клиники, дополнительных методов обследования.
3. Дифференцировать с: экземами, токсикодермиями, лейкозами гладкой кожи, псориазом, лимфомами, ангиитами, сифилисом, ВИЧ-инфекцией.
4. Дополнительно обследовать органы ЖКТ, консультация аллерголога, иммунолога.
5. В лечении: антигистаминные II и III поколения курсами, иммунокоррекция, методы лечения. Адвантан, элоком, тридерм, алпресан, топикрем.

Задача №3

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

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

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

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

Ответ к задаче №3

1. Атопический дерматит, смешанная форма, I возрастной период, III степень активности.
2. Дифференцировать с: экземами, токсикодермиями, псориазом, лейкозами, лимфомой, ВИЧ-инфекцией.
3. Лечение антигистаминные, дезинтоксикационная терапия, сорбенты, ферменты, иммуномодуляторы (фитоадаптогены).
4. Находится на грудном вскармливании до года, в случае обострения кожного процесса – гипоаллергенные смеси (Нірр). Выполнение прививок для второго полугодия календаря щадящим методом. Антигистаминные – фенистил, супрастин, ломинал, ферменты, сорбенты, эубиотики, адвантан, NARCA, алпрессан, топикрем эмульсия.
5. В лечении: антигистаминные II и III поколения курсами, иммунокоррекция, методы лечения. Адвантан, элоком, тридерм, алпресан, топикрем.

Задача № 4

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

При введении морковного и свекольного соков в трехмесячном возрасте появились на щеках красные пятна, узелки, пузырьки, мокнутие, сопровождающиеся зудом. Девочка перенесла ассоциированный дисбактериоз кишечника, гепатит в 5 лет. Настоящее обострение связывает со сменой места жительства (климатических условий).

Локальный статус: Кожный процесс носит диссеминированный характер с локализацией высыпаний в области естественных складок, преимущественно локтевых и подколенных. На коже локтевых и подколенных складок, задней поверхности голени высыпная в виде эритемо-сквамозных пятен и обилия биопсированных узелков. В очагах поражения выражена лихенификация, обилие экскориаций. В очагах поражения широкий, белый, стойкий дермографизм.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Современные методы лечения, иммунокоррекция.
4. Первичная, вторичная и третичная профилактика.
5. Санаторно-курортное лечение.

Ответ к задаче №4

1. Атопический дерматит, III возрастной период, смешанная форма, III степень активности.
2. Дифференцировать с: истинной экземой, псориазом, токсикодермией, парапсориазом, сифилисом.
3. Плазмоферез. Аутол, гемосорбция, лазеротерапия. Иммунокорректоры с антигистаминными II, III поколения. Скин-кап наружно, дардия, адвантан.
4. Первичная профилактика АД проводится в период беременности, отстраняя беременную от вредных факторов окружающей среды. Вторичная – гипоаллергенная диета в период лактации матери, сохранение естественного вскармливания. Третичная - выбор профессии согласно учета профессиональных факторов.

5. Санитарно - курортное лечение летом на озерах своего региона и морях.

Задача №5

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

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

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

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

Ответ к задаче №5

1. Атопический дерматит, третий возрастной период, лихеноидная форма.
2. Существенным фактором в развитии АД является наследственная предрасположенность по атопическим заболеваниям. Экзогенные факторы развития атопического дерматита могут быть аллергенными и неаллергенными. Иммунопатогенез атопического дерматита определяется особенностями генетически запрограммированного иммунного ответа на антиген под воздействием различных провоцирующих факторов (дисбаланс Th1- и Th 2-лимфоцитов с преобладанием последних, дегрануляция тучных клеток, повышенная активность клеток Лангерганса, которые приводят к гиперпродукции Ig E и/или Ig G-4 — антител).
3. Дифференциальная диагностика с себорейным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, чесоткой, псориазом обыкновенным, ограниченным нейродермитом, микробной экземой, розовым лишаем Жибера.
4. Общий анализ крови, определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом. Аллергологическое исследование сыворотки крови — определение специфических IgE/IgG4. Кожные пробы — проводятся вне обострения кожного процесса. Серологическая диагностика паразитарных заболеваний. Консультации специалистов: гастроэнтеролога, невропатолога, оториноларинголога, аллерголога.
5. Общее лечение:
 - 1) Диета гипоаллергенная: исключить из питания облигатные пищевые аллергены, экстрактивные вещества, острораздражающие блюда, алкоголь, ограничить поваренную соль, углеводы.
 - 2) Антигистаминные препараты 2-го поколения (лоратадин внутрь 10 мг 1 р/сут в течение 2 недель).
 - 3) Стабилизаторы мембран тучных клеток (кетотифена гидрофуморат внутрь по 1 мг 2 р/сут в течение 2— 3 месяцев).

- 4) Адсорбенты (диоктаэдрический смектит внутрь — по 3 пакетика в день (9 г) в 3 приема, энтеросгель внутрь — 20 мл 3 р/сут,)
- 5) Гипосенсибилизирующие средства (хлористый кальций — 1—10% раствор внутрь — 5—15 мл 2—3 р/сут, глюконат кальция 10% раствор — 1 мл на 1 год жизни, не более 10 мл, в/м № 10-12 ежедневно).
- 6) Дезинтоксикационные средства (калия хлорид + натрия хлорид + магния хлорид (реамберин) по 200-400 мл в/в капельно 2-3 р/нед, изотонический (0,9%) раствор хлорида натрия по 200—400 мл в/в капельно 2—3 р/нед.).
- 7) Седативные и вегетотропные препараты (ново-пассит внутрь по 2,5—5 мл 3 р/сут во время еды в течение 1 месяца, глицин внутрь по 100 мг 2—3 р/сут в течение 14—30 дней).
- 8) Транквилизаторы (гидроксизин внутрь — 25 мг 2—4 р/сут. в течение 3 недель).
- 9) Глюкокортикостероиды для системного применения (дексаметазона фосфат — 4—6 мг/сут в течение 5—7 дней с постепенным снижением дозы вплоть до отмены).
- 10) Иммунодепрессанты (циклоsporин в начальной дозе 2,5—5 мг/кг в сутки до достижения клинического эффекта с последующим снижением дозы по 0,5—1,0 мг/кг в неделю до полной отмены).

Местное лечение:

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

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Осмотр больного, определение мрфологических элементов сыпи.
2. План лабораторного обследования.
3. Рациональные общая и наружная терапия (рецепты).

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Современные аспекты этиологии и патогенеза atopического дерматита.
2. Принципы общей и местной терапии atopического дерматита.
3. Современные методы аллергодиагностики.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	н а кафедр е
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	
2.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
3.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталоном ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016	5	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭБС Colibris
4	ЭБС Консультант студента
5	ЭМБ Консультант врача
6	ЭБС ibooks
7	НЭБ e-Library
8	БД Nature
9	БД SAGE Premier
10	БД Oxford University Press
11	БД Scopus
12	БД Web of Science

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №18
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

ТЕМА: «Псориаз и парапсориазы»

Индекс темы ОД.О.01.1.2.18

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема: «Псориаз и парапсориазы»

2. Формы работы:

- Написание рефератов.
- Подготовка докладов к участию в тематических дискуссиях.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиология, патогенез псориаза.
2. Классификация и клинические формы псориаза.
3. Клиника псориаза.
4. Диагностика псориаза.
5. Современные методы лечения псориаза.
6. Псориазоформные дерматозы.
7. Парапсориаз – современное представление.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ТИПИЧНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ПСОРИАЗЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

- 1) папулами
- 2) узлами
- 3) бугорками
- 4) волдырями
- 5) эрозиями

Правильный ответ: 1

2. ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПЕРВОНАЧАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ПСОРИАЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кожа ладоней и подошв
- 2) кожа волосистой части головы
- 3) складки
- 4) ногтевые фаланги
- 5) разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов

Правильный ответ: 5

3. ОБЩИМ ДЛЯ ТИПИЧНОГО СЛУЧАЯ ПСОРИАЗА И КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) наличие папул
- 2) нестерпимый зуд
- 3) локализация на передней поверхности конечностей
- 4) поражение слизистых оболочек
- 5) артралгии

Правильный ответ: 1

4. ХАРАКТЕРНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПСОРИАЗА:

- 1) на лице
- 2) на сгибательных поверхностях предплечий
- 3) на локтях и коленях
- 4) на туловище
- 5) на ладонях и подошвах

Правильный ответ: 1

5. ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ:

- 1) дегтярных препаратов высокой концентрации наружно
- 2) циклоспорина
- 3) тигазона
- 4) ПУВА-терапии
- 5) кортикостероидов

Правильный ответ: 1

6. КРАТКОВРЕМЕННОЕ НАЗНАЧЕНИЕ НЕБОЛЬШИХ ДОЗ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ПСОРИАЗЕ ПОКАЗАНО:

- 1) всем больным
- 2) при быстром прогрессировании заболевания
- 3) при застарелом псориазе
- 4) при псориазе складок
- 5) при ладонно-подошвенном псориазе

Правильный ответ: 2

7. ПРИНЦИПЫ ОБЩЕЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА:

- 1) противовирусные средства
- 2) фунгицидные средства
- 3) антибиотики
- 4) сульфаниламиды
- 5) гипосенсибилизирующая и противовоспалительная терапия

Правильный ответ: 5

8. В СТАЦИОНАРНУЮ СТАДИЮ ПСОРИАЗА НАЗНАЧАЮТСЯ МАЗИ:

- 1) кератолитические
- 2) антисептические
- 3) фунгицидные
- 4) противогрибковые
- 5) противовирусные

Правильный ответ: 1

9. К ГРУППЕ ЛОКАЛЬНЫХ ПСОРИАЗИФОРМНЫХ ПУСТУЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ ОТНОСИТСЯ:

- 1) герпетиформное импетиго Гебры
- 2) субкорнеальный пустулез Снеддона-Вилькинсона
- 3) бактериид Эндрюса

- 4) папулезный акродерматит детей
5) энтеропластический акродерматит
Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

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

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

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

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

Ответ к задаче №1

1. Распространенный псориаз, стационарная стадия, зимняя форма.
2. Этиология заболевания остается невыясненной. Одной из основных гипотез его развития считают наследственную. Однако даже у людей с неблагоприятным генотипом в возникновении заболевания играют роль различные провоцирующие факторы (инфекции, стрессы, алкоголь, некоторые группы медикаментов, эндокринные и обменные нарушения, искусственные травмы).
3. Дифференциальная диагностика с псориазоподобными сифилидами, себорейной экземой, розовым лишаем Жибера, красной волчанкой.

Эндокринолог, гастроэнтеролог.

4. - Режим охранительный: ограничение стрессовых ситуаций
- Диета: исключаются острые блюда, специи, алкогольные напитки, животные жиры. Рекомендуется включать в пищу растительные масла и продукты, богатые витаминами (фрукты, овощи).
- Антигистаминные препараты (хлоропирамин в/м 20 мг (1 мл) 2 р/сут в течение 5-10 сут, мебгидролин внутрь 100 мг 2 р/сут в течение 10-20 сут, клемастин внутрь 1 мг 2 р/сут, лоратадин внутрь 10 мг 1 р/сут., цетиризин).
- Гипосенсибилизирующие средства (кальций глюконат 10% раствор по 10 мл в/м 1 р/сут в течение 10-15 сут, натрия тиосульфат 30%, магния сульфат 25% раствор по 5—10 мл в/м 1 р/сут в течение 10 суток.).

- Дезинтоксикационные средства (натрия хлорид по 200—400 мл в/в капельно 2—3 раза в неделю, на курс 3-5 инфузий, натрия хлорид + калия хлорид + магния хлорид по 200—400 мл в/в капельно).
- Седативные и вегетотропные препараты (настойка пиона уклоняющегося внутрь по 30—40 капель 2—4 р/сут в течение 1 месяца, ново-пассит внутрь по 2,5—5 мл 3 р/сут во время еды в течение 1 месяца, глицин внутрь по 100 мг 2—3 р/сут в течение 14—30 дней).
- Витаминотерапия (аскорбиновая кислота, витамин В12 в сочетании с фолиевой кислотой, витамин А, ретинол, рибофлавин, аевит, каратолин).
- Производные метилксантинов (теофиллин, эуфиллин).

Местное лечение:

- Топические глюкокортикостероидные препараты (окситетрациклин + гидрокортизон, бетаметазон дипропионат, гидрокортизона бутират, клобетазол, мометазона фураат, флуоцинола ацетонид наружно 2 р/сут., триамцинолон, оксиклозол, бетаметазона валерат, метилпреднизолон ацепонат наружно 1 р/сут.).
- Синтетические ретиноиды для наружного применения (тазаротин)
- Средства с синтетическими аналогами витамина D3(такальцитол, кальцитриол).
- Смягчающие средства.
- Физиотерапевтическое лечение (селективная фототерапия, магнитолазерная терапия, ПУВА-терапия).

Задача №2

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

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

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

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

Ответ к задаче №2

1. Распространенный псориаз, стационарная стадия, зимняя форма
2. В прогрессирующей стадии псориаза наблюдается изоморфная реакция раздражения (симптом Кебнера), которая выражается в возникновении псориазических высыпаний на местах травмы кожи, иногда даже самой незначительной. Псориазическая триада включает в себя следующие феномены: феномен стеаринового пятна, феномен терминальной пленки, феномен «кровавой росы» или точечного кровотечения (Ауспитца).
3. Экссудативный псориаз, ладонно-подошвенный псориаз, пятнистый псориаз, поражение ногтей, псориазическая эритродермия, пустулезный псориаз, псориазический артрит

4. Дифференциальная диагностика с псориазоподобными сифилидами, розовым лишаем Жибера, красной волчанкой.

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

Задача №3

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

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

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

Ответ к задаче №3

1. Распространенный псориаз, прогрессирующая стадия, зимняя форма.

2. Себорейный псориаз, экссудативный, ладонно-подошвенный, пятнистый, поражение ногтей, псориазическая эритродермия, пустулезный псориаз, псориазический артрит.
3. Инфекционные заболевания (особенно стрептококковые, вирусные), стрессы, применение некоторых групп медикаментов (β -блокаторы, препараты лития и золота, интерфероны, антималярийные средства, пероральные контрацептивы и др), злоупотребление алкоголем, курение, травмы кожи.

Косметические недостатки (даже при ограниченных формах, особенно при локализации на лице, кистях, больные отмечают ограничение контактов, прекращение занятий спортом, в некоторых случаях, особенно у молодых людей, развиваются выраженные депрессивные состояния, нередко высыпания на открытых участках тела приводят к потере работы). Ощущение зуда, болезненности при некоторых формах псориаза. Постоянные высокие материальные затраты, связанные с лечением. Инвалидизация при тяжелых формах заболевания и т.д.

4. Учитывать:

клиническую форму, распространенность и активность псориазического поражения соматический статус и возможную реакцию на лечение
возраст и мотивацию пациента

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

- снижение пролиферативной активности кератиноцитов и нормализацию их дифференцировки
- подавление Т-клеточных иммунных реакций в дерме
- устранение дисбаланса между противовоспалительными и провоспалительными цитокинами

Задача №4

На прием к дерматологу обратился больной 17 лет с жалобами на высыпания на коже конечностей, боль в области правого лучезапястного сустава, суставов кистей, изменение ногтевых пластинок рук.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен около пяти лет, когда впервые осенью на разгибательной поверхности локтевых суставов появились высыпания, покрытые чешуйками. Затем такие же высыпания появились в области коленных суставов. Обострение заболевания отмечает в зимнее время года, летом отмечает улучшение. Боли в суставах беспокоят в течение года.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов имеются бляшки красного цвета размером 5x8 см, по всей поверхности покрытые серебристо-белыми чешуйками. Периферического роста бляшек, появления новых элементов не наблюдается. В области правого лучезапястного сустава, межфаланговых суставов кистей имеется припухлость. Деформация дистальных фаланговых суставов, движения в них ограничены. Ногтевые пластинки утолщены, имеется симптом «наперстка». При поскабливании бляшек наблюдаются феномены «стеаринового» пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения.

1. Поставьте диагноз.
2. Инструментальные методы диагностики данного артрита.
3. Перечислите клинические варианты артрита, характерные для данного заболевания.
4. Показания к назначению препарата «Ремикейд».
5. Наружная терапия заболевания.

Ответ к задаче №4

1. Распространенный псориаз, стационарная стадия, зимняя форма. Псориатический артрит.
2. Рентгенография (изменения на рентгенограммах кистей и стоп, сакроилеит).

УЗИ высокого разрешения (верификация синовитов и энтезитов).

Магнитно-резонансная томография (верификация синовитов, энтезитов и раннее выявление эрозий).

3. Асимметричный олигоартрит крупных суставов в сочетании с дактилитом, энтезитами

Симметричный артрит, напоминающий ревматоидный артрит

Мутилирующий артрит

Спондилит, напоминающий болезнь Бехтерева

Сочетание с глазными симптомами – конъюнктивит, увеит

4. Для лечения больных тяжелой степени тяжести, подлежащих системной терапии, а также больных псориазом средней степени тяжести при неэффективности или наличии противопоказаний к ПУВА-терапии
5. - Топические глюкокортикостероиды (моно- или в комбинации с кератопластическими, кератолитическими средствами)

- Препараты с синтетическим аналогом витамина D3-кальцитриолом (моно- или в комбинации с глюкокортикостероидами)
- Топические ретиноиды
- Разрешающие средства – деготь, дитранол

Задача №5

На прием к дерматологу из стоматологической поликлиники направлен больной 46 лет, с жалобами на высыпания в полости рта, на коже волосистой части головы, туловища, конечностей.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение месяца. Первые высыпания появились на волосистой части головы, затем на разгибательной поверхности конечностей, туловище и в полости рта. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отец и старшая сестра страдают подобным заболеванием. **ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС.** В полости рта на слизистой губ и щек папулезные высыпания округлой формы, слегка возвышающиеся над окружающей слизистой, с четкими границами, серовато-белого цвета. На коже волосистой части головы, туловища и разгибательной поверхности конечностей мноморфные милиарные и лентикулярные папулы ярко-красного цвета, округлой формы, покрытые серебристо – белыми чешуйками в центре и имеющие ярко-красный ободок по периферии. Симптом Кебнера положительный.

1. Поставьте диагноз.
2. Основные провоцирующие факторы заболевания.
3. Влияние заболевания на качество жизни.
4. Основные принципы лечения заболевания.
5. Наружная терапия в данной стадии заболевания.

Ответ к задаче №5

1. Распространенный псориаз, прогрессирующая стадия, зимняя форма.
2. Инфекционные заболевания (особенно стрептококковые, вирусные), стрессы, применение некоторых групп медикаментов (β -блокаторы, препараты лития и золота, интерфероны, антималярийные средства, пероральные контрацептивы и др), злоупотребление алкоголем, курение, травмы кожи.
3. Косметические недостатки (даже при ограниченных формах, особенно при локализации на лице, кистях, больные отмечают ограничение контактов, прекращение занятий спортом, в некоторых случаях, особенно у молодых людей, развиваются выраженные депрессивные состояния, нередко высыпания на открытых участках тела приводят к потере работы).

Ощущение зуда, болезненности при некоторых формах псориаза

Постоянные высокие материальные затраты, связанные с лечением

Инвалидизация при тяжелых формах заболевания и т.д.

4. Необходимо учитывать:

- клиническую форму, распространенность и активность псориатического поражения соматический статус и возможную реакцию на лечение, возраст и мотивацию пациента

Современная патогенетическая терапия псориаза заключается в применении супрессивных методов, направленных на: снижение пролиферативной активности кератиноцитов и

нормализацию их дифференцировки, подавление Т-клеточных иммунных реакций в дерме, устранение дисбаланса между противовоспалительными и провоспалительными цитокинами.

5. - смягчающие, увлажняющие средства с добавлением кератопластических средств (салициловой или молочной кислоты, мочевины)

- моноглюкокортикостероидные препараты либо их комбинации с кератопластическими, кератолитическими средствами

- топические ретиноиды

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Составить план обследования больного.
2. Опрос, осмотр и оформление истории болезни.
3. Воспроизвести псориазные феномены.
4. Применять наружные лекарственные средства.
5. Дать определение и клиническую характеристику первичным и вторичным морфологическим элементам сыпи.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Современные аспекты этиологии и патогенеза псориаза.
2. Особенности диагностики и лечения псориазного артрита.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

п/п	№	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
					в библиотеке	на кафедре
1	2		3	4	5	6
Основная литература						
1		Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература						
4.		Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	
5.		Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	н а кафедр е
6.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталоном ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016	5	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭБС Colibris
4	ЭБС Консультант студента
5	ЭМБ Консультант врача
6	ЭБС ibooks
7	НЭБ e-Library
8	БД Nature
9	БД SAGE Premier
10	БД Oxford University Press
11	БД Scopus
12	БД Web of Science

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №19
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Красный плоский лишай. Современные аспекты этиологии и патогенеза
заболевания. Диагностика. Лечение»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.19

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1.Тема: «Красный плоский лишай. Современные аспекты этиологии и патогенеза заболевания. Диагностика. Лечение.»

2. Формы работы:

- Написание рефератов.
- Подготовка докладов к участию в тематических дискуссиях.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиология красного плоского лишая.
2. Классификация красного плоского лишая.
3. Современные представления о патогенезе красного плоского лишая.
4. Дифференциальная диагностика красного плоского лишая.
5. Методы лечения больных красным плоским лишаем.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА:

- а) экссудативно-гиперемическая
- б) пятнистая
- в) бугорковая
- г) рубцующаяся
- д) узловатая

Правильный ответ: а

2. ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ:

- а) сгибательная поверхность конечностей
- б) волосистая часть головы
- в) ушные раковины
- г) ладони и подошвы
- д) ногтевые пластинки

Правильный ответ: а

3. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ПСОРИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ:

- а) на лице
- б) на сгибательных поверхностях предплечий
- в) на локтях и коленях
- г) на туловище
- д) на ладонях и подошвах

Правильный ответ: в

4. ТИПИЧНЫЕ ВЫСЫПНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ:

- а) папулы плоские, полигональные, красновато-сиреневого цвета
- б) преимущественная локализация на туловище
- в) преимущественная локализация на лице
- г) локализация на волосистой части головы
- д) бляшки ярко-розового цвета

Правильный ответ: а

5. СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ ПОРАЖАЮТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ:

- а) при артропатическом псориазе
- б) при эритродермии
- в) при генерализованном пустулезном псориазе
- г) при универсальном псориазе
- д) при себорейном псориазе

Правильный ответ: в

6. КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ:

- а) с красной волчанкой
- б) со склеродермией
- в) с псориазом
- г) с атопическим дерматитом
- д) с экземой

Правильный ответ: в

7. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- а) вильпрафен
- б) делагил
- в) ламизил
- г) тигазон
- д) медуфокс

Правильный ответ: в

8. СЕТКА УИКХЕМА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- а) красном плоском лишае
- б) дискоидной красной волчанке
- в) псориазе
- г) папулезном сифилиде
- д) васкулите

Правильный ответ: а

9. ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ:

- а) пятно
- б) папула
- в) пустула
- г) узел
- д) бугорок

Правильный ответ: в

10. ГРАНУЛЕЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- а) красном плоском лишае
- б) крапивнице
- в) пузырчатке вульгарной
- г) папулезном сифилесе
- д) отрубевчатом лишае

Правильный ответ: а

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

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

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

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

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

Ответ к задаче №1

1. Красный плоский лишай.
2. Точная причина возникновения красного плоского лишая окончательно не установлена. Существуют неврогенная, вирусная и инфекционно-аллергическая теории происхождения заболевания, придающая большое значение очагам хронической инфекции. Возможны также случаи развития красного плоского лишая как аллергической реакции на некоторые лекарственные препараты (антибиотики, антималярийные средства и др.)

3. •лейкоплакией;

•кандидозом;

•красной волчанкой;

•папулезным сифилисом;

•аллергическим стоматитом;

•хронической травмой;

•болезнью Боуэна.

4. Для исключения сифилиса необходимы серологические исследования – КСР, РИФ, РПГА и т.п.

При гистопатологическом исследовании определяются гиперкератоз, гипергранулез, вакуолизация клеток базального слоя, лимфоцитарная инфильтрация в сосочковом слое.

Для красного плоского лишая характерна изоморфная реакция на местах расчесов (феномен Кебнера).

5. Для проведения патогенетической терапии необходимы своевременное выявление и лечение соматических заболеваний, функциональных изменений нервной системы, санация полости рта, рациональное протезирование зубов (зубные коронки должны быть из одного металла).

Показаны пенициллинотерапия, седативные, антигистаминные препараты, витамины (РР, В1, В6, А), при эрозивно-язвенной и буллезных формах – комбинированное лечение кортикостероидами (триамцинолон, дексаметазон), делагиллом (хингамин, хлорохин), а также ксантинола никотинатом (компламин, теоникол). Весьма эффективно применение тигазона, а также гелиокадмиевого лазера, индуктотермии поясничной области.

Наружно применяют кортикостероидные мази. Эрозии слизистой рта смазывают адгезивной пастой с солкосерилом.

Противорецидивная терапия включает повторные курсы витаминов и гистаглобина, санаторно-курортное лечение. Больным красным плоским лишаем слизистой оболочки рта показана диета, исключая горячую, острую, пряную и грубую пищу.

Задача №2

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

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с болезнью Дарье
3. Какие исследования необходимо назначить больной?
4. Составьте план лечения больной.
5. Профилактика заболевания.

Ответ к задаче №2

1. Красный плоский лишай.

2. Для красного плоского лишая в отличие от болезни Дарье характерны мелкие полигональные папулы сиреневатого цвета с блестящей поверхностью и пупковидным вдавлением в центре. При этом на папулах отсутствуют вегетации и кератотические корочки. Папулы при красном лишае чаще располагаются на сгибательных поверхностях конечностей, нередко - на слизистых оболочках, сопровождаются зудом различной интенсивности, что не характерно для болезни Дарье.

3. Для исключения сифилиса необходимы серологические исследования – КСР, РИФ, РПГА и т.п.

При гистопатологическом исследовании определяются гиперкератоз, гипергранулез, вакуолизация клеток базального слоя, лимфоцитарная инфильтрация в сосочковом слое.

Для красного плоского лишая характерна изоморфная реакция на местах расчесов (феномен Кебнера).

4. Для проведения патогенетической терапии необходимы своевременное выявление и лечение соматических заболеваний, функциональных изменений нервной системы, санация полости рта, рациональное протезирование зубов (зубные коронки должны быть из одного металла).

Показаны пенициллинотерапия, седативные, антигистаминные препараты, витамины (РР, В1, В6, А), при эрозивно-язвенной и буллезных формах – комбинированное лечение кортикостероидами (триамцинолон, дексаметазон), делагиллом (хингамин, хлорохин), а также ксантинола никотинатом (компламин, теоникол). Весьма эффективно применение тигазона, а также гелиокадмиевого лазера, индуктотермии поясничной области.

Наружно применяют кортикостероидные мази. Эрозии слизистой рта смазывают адгезивной пастой с солкосерилом.

Противорецидивная терапия включает повторные курсы витаминов и гистаглобина, санаторно-курортное лечение. Больным красным плоским лишаем слизистой оболочки рта показана диета, исключая горячую, острую, пряную и грубую пищу.

5. Для профилактики красного плоского лишая исключают контакт кожных покровов с химическими веществами бытового и промышленного характера, способными спровоцировать повторный всплеск заболевания. Кроме того, регулярная (не менее двух раз в год) санация полости рта, а также своевременное посещение гинеколога позволят вовремя заметить развитие красного плоского лишая на слизистых оболочках.

Задача №3

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

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

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

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

Ответ к задаче №3

1. Красный плоский лишай.
2. Точная причина возникновения красного плоского лишая окончательно не установлена. Существуют невrogenная, вирусная и инфекционно-аллергическая теории происхождения заболевания, придающая большое значение очагам хронической инфекции. Возможны также случаи развития красного плоского лишая как аллергической реакции на некоторые лекарственные препараты (антибиотики, антималярийные средства и др.)
3. •лейкоплакией;

- кандидозом;
- красной волчанкой;
- папулезным сифилисом;
- аллергическим стоматитом;
- хронической травмой;
- болезнью Боуэна.

4. Для исключения сифилиса необходимы серологические исследования – КСР, РИФ, РПГА и т.п.

При гистопатологическом исследовании определяются гиперкератоз, гипергранулез, вакуолизация клеток базального слоя, лимфоцитарная инфильтрация в сосочковом слое.

Для красного плоского лишая характерна изоморфная реакция на местах расчесов (феномен Кебнера).

5. Для проведения патогенетической терапии необходимы своевременное выявление и лечение соматических заболеваний, функциональных изменений нервной системы, санация полости рта, рациональное протезирование зубов (зубные коронки должны быть из одного металла).

Показаны пенициллинотерапия, седативные, антигистаминные препараты, витамины (РР, В1, В6, А), при эрозивно-язвенной и буллезных формах – комбинированное лечение кортикостероидами (триамцинолон, дексаметазон), далагиллом (хингамин, хлорохин), а также ксантинола никотинатом (компламин, теоникол). Весьма эффективно применение тигазона, а также гелиокадмиевого лазера, индуктотермии поясничной области.

Наружно применяют кортикостероидные мази. Эрозии слизистой рта смазывают адгезивной пастой с солкосерилом.

Противорецидивная терапия включает повторные курсы витаминов и гистаглобина, санаторно-курортное лечение. Больным красным плоским лишаем слизистой оболочки рта показана диета, исключающая горячую, острую, пряную и грубую пищу.

Задача №4

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

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

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

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

Ответ к задаче №4

1. Красный плоский лишай.
2. Это хроническое заболевание, проявляющееся на коже внутренней поверхности предплечий, голеностопных и лучезапястных суставах, слизистых оболочках – реже всего поражает ногти.
3. стоматолог, ревматолог, дерматолог.
4. •лейкоплакией;
 - кандидозом;
 - красной волчанкой;
 - папулезным сифилисом;
 - аллергическим стоматитом;
 - хронической травмой;
 - болезнью Боуэна.
5. Для профилактики красного плоского лишая исключают контакт кожных покровов с химическими веществами бытового и промышленного характера, способными спровоцировать повторный всплеск заболевания. Кроме того, регулярная (не менее двух раз в год) санация полости рта, а также своевременное посещение гинеколога позволят вовремя заметить развитие красного плоского лишая на слизистых оболочках.

Задача №5

На прием к дерматологу обратилась больная 30 лет, с жалобами на высыпания на коже бедер, предплечий, нестерпимый зуд кожи.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным около 2х недель. Внезапно появились высыпания красного цвета на коже предплечий и бедер, сопровождающиеся интенсивным зудом. Свое заболевание связывает с нервным перенапряжением в связи с работой. Самостоятельно не лечилась.

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

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

Ответ к задаче №5

1. Красный плоский лишай.
2. Точная причина возникновения красного плоского лишая окончательно не установлена. Существуют неврогенная, вирусная и инфекционно-аллергическая теории происхождения заболевания, придающая большое значение очагам хронической инфекции. Возможны также случаи развития красного плоского лишая как аллергической реакции на некоторые лекарственные препараты (антибиотики, антималярийные средства и др.)
3. •лейкоплакией;
 - кандидозом;
 - красной волчанкой;
 - папулезным сифилисом;

- аллергическим стоматитом;
- хронической травмой;
- болезнью Боуэна.

4. Для исключения сифилиса необходимы серологические исследования – КСР, РИФ, РПГА и т.п.

При гистопатологическом исследовании определяются гиперкератоз, гипергранулез, вакуолизация клеток базального слоя, лимфоцитарная инфильтрация в сосочковом слое.

Для красного плоского лишая характерна изоморфная реакция на местах расчесов (феномен Кебнера).

5. Для проведения патогенетической терапии необходимы своевременное выявление и лечение соматических заболеваний, функциональных изменений нервной системы, санация полости рта, рациональное протезирование зубов (зубные коронки должны быть из одного металла).

Показаны пенициллинотерапия, седативные, антигистаминные препараты, витамины (РР, В1, В6, А), при эрозивно-язвенной и буллезных формах – комбинированное лечение кортикостероидами (триамцинолон, дексаметазон), делагиллом (хингамин, хлорохин), а также ксантинола никотинатом (компламин, теоникол). Весьма эффективно применение тигазона, а также гелиокадмиевого лазера, индуктотермии поясничной области.

Наружно применяют кортикостероидные мази. Эрозии слизистой рта смазывают адгезивной пастой с солкосерилом.

Противорецидивная терапия включает повторные курсы витаминов и гистаглобина, санаторно-курортное лечение. Больным красным плоским лишаем слизистой оболочки рта показана диета, исключающая горячую, острую, пряную и грубую пищу.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Опрос, осмотр и оформление истории болезни.
2. План обследования больного.
3. Выписать, оформить рецепты на основные лекарственные средства.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Дифференциальная диагностика красного плоского лишая.
2. Алгоритм обследования больных красным плоским лишаем: анамнез, общий статус, локальный статус, лабораторная диагностика, дополнительные методы обследования, консультации специалистов.
3. Алгоритм лечения больных.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	н а кафедр е
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	
2.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
3.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталоном ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016	5	

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭБС Colibris
4	ЭБС Консультант студента
5	ЭМБ Консультант врача
6	ЭБС ibooks
7	НЭБ e-Library
8	БД Nature
9	БД SAGE Premier
10	БД Oxford University Press
11	БД Scopus
12	БД Web of Science

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №20
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Пузырные дерматозы. Классификация. Этиология. Патогенез.
Клинические формы. Диагностика. Лечение»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.20

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема: «Пузырные дерматозы. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Лечение»

2. Формы работы:

- Подготовка к клиническому разбору больных.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Классификация пузырных дерматозов.
2. Акантолитические пузырные дерматозы.
3. Неакантолитические пузырные дерматозы.
4. Дифференциальная диагностика пузырных дерматозов.
5. Современные и традиционные методы диагностики пузырных дерматозов.
6. Методы лечения больных пузырными дерматозами.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ОСНОВНЫМИ СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПУЗЫРЧАТКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) антибиотики и сульфаниламиды;
- б) цитостатики и антигистаминные препараты;
- в) кортикостероиды и цитостатики;
- г) антималярийные средства и иммуномодуляторы;
- д) витамины и антидепрессанты.

Правильный ответ: в

2. ОСНОВНЫМИ СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕРПЕТИФОРМНЫМ ДЕРМАТИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) кортикостероиды;
- б) цитостатики;
- в) антибиотики;
- г) сульфоны;
- д) иммуномодуляторы.

Правильный ответ: г

3. ОСНОВНЫМИ СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕМФИГОИДОМ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) кортикостероиды;
- б) цитостатики;
- в) антималярийные средства;
- г) сульфоны;
- д) сульфаниламиды

Правильный ответ: а

4. АНТИТЕЛА В ТКАНЯХ, ВЫЯВЛЕННЫЕ С ПОМОЩЬЮ ПРЯМОЙ РЕАКЦИИ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ У БОЛЬНЫХ ОБЫКНОВЕННОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ:

- а) к IgA;

- б) к IgE;
- в) к IgD;
- г) к IgG;
- д) к IgM.

Правильный ответ: г

5. ДЛЯ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ХАРАКТЕРНА ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

- а) отложение IgG вдоль дермо-эпидермальной границы и в зоне ISC;
- б) отложение антител IgG вдоль базальной мембраны;
- в) отложение антител IgG и в зоне ISC;
- г) отложение антиядерных противоядерных антител в клетках эпидермиса;
- д) отложение IgM в апикальной зоне сосочков дермы.

Правильный ответ: а

6. СЕБОРЕЙНАЯ ПУЗЫРЧАТКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СОЧЕТАНИЕ ПРИЗНАКОВ:

- а) пузырчатки и себорейного дерматита;
- б) пузырчатки и красной волчанки;
- в) пузырчатки и пиодермии;
- г) пузырчатки и фотодерматита;
- д) пузырчатки и герпетиформного дерматита.

Правильный ответ: б

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПУЗЫРЧАТКА НАЧИНАЕТСЯ С ПОРАЖЕНИЯ:

- а) слизистой оболочки рта;
- б) кожи лица;
- в) подмышечных впадин;
- г) себорейных участков;
- д) заушных областей.

Правильный ответ: а

8. ПЕМФИГОИД МОЖЕТ БЫТЬ МАРКЕРОМ:

- а) целиакии;
- б) опухолей внутренних органов;
- в) сахарного диабета;
- г) лекарственной болезни;
- д) гипертоническая болезнь.

Правильный ответ: б

9. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ ФЕНОМЕНОМ ПЕМФИГОИДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) отложение IgG вдоль базальной мембраны;
- б) снижение количества Т-лимфоцитов;
- в) отложение IgG в шиповатом слое;
- г) повышенный уровень IgE;

д) отложение IgA вдоль базальной мембране.

Правильный ответ: а

10. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ ФЕНОМЕНОМ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

а) отложение IgA в шиповатом слое;

б) отложение IgA на верхушках дермальных слоев;

в) отложение IgM в зоне блестящей пластинки базальной мембране;

г) повышенный уровень IgE;

д) отложение IgM в зоне основной пластинки базальной мембране.

Правильный ответ: б

5.Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

Больная 35 лет поступила в стационар с жалобами на язвочки в полости рта, из-за которых больно глотать, а также на появление пузырей на коже туловища и рук.

ИЗ АНАМНЕЗА: заболела на фоне полного благополучия. В полости рта стали появляться пузыри, которые быстро вскрывались, оставляя после себя эрозии. Обратилась к стоматологу, который назначил полоскания с фурацилином и раствором марганцево-кислого калия, эффекта от лечения не было. Больная могла принимать только жидкую пищу из-за болезненности полости рта. Через 2,5 месяца появились пузыри на коже туловища и верхних конечностей, которые вскрывались, оставляя после себя болезненные эрозии. 10 лет назад перенесла болезнь Боткина.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре полости рта на неизменной слизистой оболочке щек, неба и нижней поверхности языка эрозии ярко-красного цвета. На коже туловища и верхних конечностей пузыри размером от 0,5 до 2,0 см в диаметре. Часть пузырей напряжена, другая с вялой покрывкой, в одних пузырях содержимое прозрачное, в других - мутное. На месте вскрывшихся пузырей остаются мокнущие, полициклических очертаний эрозии. Некоторые из них покрыты коричневатыми корками. При надавливании на пузырь жидкость отслаивает прилежащие участки эпидермиса и пузырь перемещается. При потягивании обрывков покрывки пузыря происходит отслойка эпидермиса за пределы пузыря.

1. Ваш предположительный диагноз.

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

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

4. Методы лечения данного дерматоза.

5. Рекомендации больной после клинического выздоровления.

Ответ к задаче №1

1. Истинная акантолитическая пузырчатка, вульгарная форма.

2. Мазки-отпечатки на акантолитические клетки. Содержимое пузырей на эозинофилы. Биопсия.

3. Дерматит Дюринга. Пемфигоид Левера. Буллезная форма токсикодермии. Буллезная форма стрептодермии. Рубцующий пемфигоид.

4. ГКС. Патогенетическая и симптоматическая терапия.

5. Длительное диспансерное наблюдение. Поддерживающая доза ГКС.

Задача №2

На прием к врачу обратилась больная 25 лет с жалобами на болезненные язвочки в полости рта, а также появление пузырей вокруг пупка, в подмышечных и паховобедренных складках, под молочными железами.

ИЗ АНАМНЕЗА: считает себя больной в течение 3,5 месяцев. Когда впервые появились пузыри в полости рта. Пузыри быстро вскрывались, оставляя после себя болезненные эрозии. К врачу не обращалась. Лечилась самостоятельно - полоскала рот отварами трав, эффекта от лечения не было. За этот период времени больная похудела на 8 кг, так как из-за сильной болезненности не могла нормально питаться. Стали появляться пузыри на коже вокруг пупка, в подмышечных и пахово-бедренных складках, под молочными железами. Пузыри вскрывались, оставляя после себя болезненные эрозии. Из-за болезненности активные движения затруднены.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре полости рта на неизменной слизистой оболочке твердого неба, обеих щек и на языке болезненные эрозии ярко-красного цвета. На коже вокруг пупка, подмышечных и пахово-бедренных складках, под молочными железами многочисленные вялые пузыри, наполненные мутноватой серозной жидкостью, обширные эрозии. На фоне эрозивной поверхности имеются папилломатозные разрастания. Симптом Никольского положительный. При надавливании на невскрывшийся пузырь жидкость отслаивает прилегающие участки эпидермиса и пузырь смещается.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
4. Методы лечения данного дерматоза.
5. Рекомендации больной после клинического выздоровления.

Ответ к задаче №2

1. Истинная акантолитическая пузырчатка, вульгарная форма.
2. Мазки-отпечатки на акантолитические клетки. Содержимое пузырей на эозинофилы. Биопсия.
3. Дерматит Дюринга. Пемфигоид Левера. Буллезная форма токсикодермии. Буллезная форма стрептодермии. Рубцующий пемфигоид.
4. ГКС. Патогенетическая и симптоматическая терапия.
5. Длительное диспансерное наблюдение. Поддерживающая доза ГКС.

Задача №3

На прием к врачу обратился мужчина 45 лет с жалобами на высыпания пузырей, волдырей и красных пятен на коже туловища и руках, слизистой полости рта, сопровождающиеся зудом и жжением.

ИЗ АНАМНЕЗА: заболел две недели назад. Начало заболевания связывает с сильными нервным и физическим переутомлением. Первоначально возник зуд, а затем появились сгруппированные пузыри на коже туловища, позже появились высыпания в полости рта. Из перенесенных заболеваний отмечает редко ОРЗ, грипп, хроническую пневмонию.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Высыпания носят распространенный характер. На коже - разгибательных поверхностей конечностей, туловища, шеи сгруппировано расположенные пузыри размером с горошину, напряженные, с прозрачным содержимым, пятнисто-папулезные и уртикарные элементы, эксфолиации, эрозии, корочки. В полости рта на слизистой сгруппированные пузыри размером до горошины с прозрачным содержимым. Слизистая

оболочка вокруг пузырей отечна и гиперемирована. На месте вскрывшихся пузырей эрозии с тенденцией к эпителизации. Симптом Никольского отрицательный. Прием пищи затруднен.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
4. Наметьте план лечения, укажите прогноз.
5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

Ответ к задаче №3

1. Дерматит Дюринга.
2. Мазки-отпечатки на акантолитические клетки. Содержимое пузырей на эозинофилы. Биопсия.
3. Истинная акантолитическая пузырчатка. Пемфигоид Левера. Буллезная форма токсикодермии. Буллезная форма стрептодермии. Рубцующий пемфигоид. Буллезная форма многоформной экссудативной эритемы.
4. Сульфоновые препараты. ГКС. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Безглютеновая диета. Хроническое заболевание. Возможность паранеопластического генеза.
5. Длительное диспансерное наблюдение. Безглютеновая диета. Обследование на онкопатологию.

Задача №4

На кафедру кожных и венерических болезней КрасГМА обратилась больная 35 лет с жалобами на болезненные эрозии в полости рта в течение 3 месяцев. Стоматологом диагностирован афтозный стоматит, лечение местными средствами не эффективно. В анамнезе у больной в детстве ДЖВП, лямблиоз, редко – ОРВИ. При осмотре в полости рта видны несколько эрозий в различной локализации. Общее состояние удовлетворительное. Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать поражение слизистой у данной больной?
4. Наметьте план лечения.
5. Укажите прогноз.

Ответ к задаче №4

1. Доброкачественная пузырчатка полости рта Пашкова – Шеклакова.
2. Мазки-отпечатки на акантолитические клетки.
3. Истинная акантолитическая пузырчатка. Пемфигоид Левера. Буллезная форма токсикодермии. Рубцующий пемфигоид. Дерматит Дюринга. Буллезная форма многоформной экссудативной эритемы. Буллезная форма красного плоского лишая.
4. Короткие курсы кортикостероидов; местное лечение.
5. Диспансерное наблюдение.

Задача №5

У мужчины 60 лет в течение 6 месяцев имеются интенсивно зудящие высыпания пузырей и корочек в области колен, предплечий. При осмотре в указанной локализации видны сгруппированные множественные пузыри до 1 см в диаметре с плотной покрывкой.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. С какой соматической патологией может быть связано данное заболевание?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать поражение кожи у данного больного?
5. Наметьте план лечения, укажите прогноз

Ответ к задаче №5

1. Доброкачественная пузырчатка полости рта Пашкова – Шеклакова.
2. Мазки-отпечатки на акантолитические клетки. Йодная проба.
3. Глютеновая энтеропатия. Онокопатология преимущественно ЖКТ.
4. Истинная акантолитическая пузырчатка. Пемфигоид Левера. Буллезная форма токсикодермии. Рубцующий пемфигоид. Дерматит Дюринга. Буллезная форма многоформной экссудативной эритемы. Буллезная форма красного плоского лишая.
5. Безглютеновая диета. Препараты сульфонового ряда (дапсон). Возможны короткие курсы кортикостероидов. Местное лечение. Диспансерное наблюдение. Прогноз зависит от выявленной патологии.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Опрос, осмотр и оформление истории болезни.
2. План обследования больного.
3. Анализировать, оценивать клинические, иммунологические и биохимические исследования.
4. Воспроизвести феномены П.В. Никольского, Асбо-Ганзена.
5. Забор материала на акантолитические клетки.
6. Провести оценку гистологических препаратов.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Кортикостероиды в дерматологии. Осложнения стероидной терапии.
2. Иммунология кожи в современном представлении.
3. Дифференциальная диагностика буллезных дерматозов.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

п/п	№	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
					в библиотеке	на кафедре
1	2		3	4	5	6
Основная литература						
1		Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	н а кафедр е
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	
2.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
3.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016	5	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭБС Colibris
4	ЭБС Консультант студента
5	ЭМБ Консультант врача
6	ЭБС ibooks
7	НЭБ e-Library
8	БД Nature
9	БД SAGE Premier
10	БД Oxford University Press

11	БД Scopus
12	БД Web of Science

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №21
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Заболевания слизистой полости рта
и красной каймы губ»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.21

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ____ от « ____ » _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема: «Заболевания слизистых оболочек и красной каймы губ»

2. Формы работы:

- Проработка учебного материала по учебной и научной литературе.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Особенности строения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.
2. Поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при острых и хронических инфекционных заболеваниях.
3. Инфекционные и паразитарные заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.
4. Аллергические заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.
5. Поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при хронических дерматозах.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА:

- 1) экссудативно-гиперемическая
- 2) пятнистая
- 3) бугорковая
- 4) рубцующаяся
- 5) узловатая

Правильный ответ: 1

2. ЛОКАЛИЗАЦИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА КОЖЕ:

- 1) сгибательная поверхность конечностей
- 2) волосистая часть головы
- 3) ушные раковины
- 4) ладони и подошвы
- 5) ногтевые пластинки

Правильный ответ: 1

3. КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ:

- 1) с красной волчанкой
- 2) со склеродермией
- 3) с псориазом
- 4) с атопическим дерматитом
- 5) с экземой

Правильный ответ: 3

4. ДРОЖЖЕВОЙ ГЛОССИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ:

- 1) лейкоплакией;

- 2) твердым шанкром;
- 3) мягким шанкром;
- 4) раковой язвой;
- 5) шанкриформной пиодермией.

Правильный ответ: 1

5. СИНДРОМ ГРИНШПАНА – ЭТО:

- 1) сочетание эрозивно – язвенной формы красного плоского лишая с сахарным диабетом и гипертонией;
- 2) сочетание эрозивно – язвенной формы красного плоского лишая с атрофической формой;
- 3) сочетание типичной формы КПЛ с сахарным диабетом;
- 4) сочетание буллезной формы КПЛ с патологией печени;
- 5) осложненная форма красного плоского лишая.

Правильный ответ: 1

6. КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:

- 1) сифилитическими папулами;
- 2) розовым лишаем Жибера;
- 3) лейшманиозом;
- 4) строфулюсом;
- 5) склеродермией.

Правильный ответ: 1

7. ПАТОГИСТОЛОГИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ:

- 1) фибриноидная дегенерация;
- 2) акантолиз;
- 3) паракератоз;
- 4) гипергранулез;
- 5) микроабсцессы Мунро

Правильный ответ: 4

8. ДЛЯ ПАПУЛ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) симптомом «проваливания зонда»;
- 2) сетка Уикхема;
- 3) симптомом «стеаринового пятна»;
- 4) форма медальона;
- 5) симптом «терминальной пленки».

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

На прием к врачу обратилась больная 30 лет с жалобами на сухость и шелушение красной каймы губ, а также чувство жжения и болезненность губ.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение года, когда впервые после сильного стресса появилось чувство зуда и жжения, а затем сухость красной каймы губ. Лечилась самостоятельно – смазывала губы детским кремом. Отмечала временное улучшение. Обострения заболевания больная связывает с психоэмоциональными нарушениями. Состоит на учете у психотерапевта по поводу депрессии.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Красная кайма губ гиперемирована, несколько отечна, покрыта слюдообразными чешуйками серого цвета, плотно прикрепленными своим центром к красной кайме и несколько отстающими по краям. После снятия чешуек остается ярко - красная гладкая поверхность губы. Кожа вокруг красной каймы и углы рта в патологический процесс не вовлечены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания.
4. Назначьте лечение.
5. Рекомендации больной после окончания лечения.

Ответ к задаче №1

1. Эксфолиативный хейлит (сухая форма).
2. Этиология и патогенез окончательно не изучены. Важная роль принадлежит психоэмоциональным факторам. При сухой форме эксфолиативного хейлита преобладают депрессивные реакции. Определенное значение имеют эндокринные нарушения, генетическая предрасположенность.
3. Необходимо дифференцировать с атопическим, метеорологическим, контактным аллергическим хейлитами.
4. Антидепрессанты (амитриптилин 0,025 2р/день), Транквилизаторы (элениум 0,01 3р/день), Наружно ожиряющие кремы и мази.
5. Необходимо проводить психопрофилактические беседы. Консультации психотерапевта.

Задача №2

На прием к дерматологу обратился мужчина 35 лет с жалобами на высыпания в полости рта, сопровождающиеся жжением и болезненностью при приеме пищи.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение месяца, когда впервые на слизистой языка и щек появились высыпания, а затем болезненная эрозия в углу рта. Из сопутствующих заболеваний больной отмечает сахарный диабет и ожирение.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс ограничен полостью рта. Слизистая языка и щек гиперемирована, покрыта белым налетом, при снятии которого обнажается кровоточащая эрозия. Кожа в углу рта мацерирована, влажная, покрыта белым, легко снимающимся налетом, после удаления которого обнажается красная гладкая эрозированная поверхность. Красная кайма губ гиперемирована, отечна, покрыта сероватого цвета чешуйками.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Наметьте план лечения больного.
5. Врачей каких специальностей Вы привлекли бы к решению вопросов лечения и профилактики?

Ответ к задаче №2

1. Кандидозный стоматит, хейлит, кандидозная заеда.
2. Микроскопическое исследование налета с полости рта; проведение серологических реакций: РПГА (реакция пассивной гемагглютинации), ИФА (иммунный ферментный анализ), определение IgE против *C. albicans*; посев материала со слизистой полости рта.
3. Со стрептококковой, сифилитической, микотической заедами, эрозивной формой красного плоского лишая, афтозным стоматитом, вторичными сифилидами, симптоматическими хейлитами.
4. Общее лечение - внутрь Diflucan 50 мг 3р/день в течение 1 недели.
Местное лечение: полоскания содовые, с раствором шалфея, ромашки; на язык, слизистую рта водный 5% тетраборат натрия (бура) в глицерине; облепиховое масло на очаги поражения; водные и спиртовые анилиновые красители.
5. Консультации эндокринолога, диетолога.

Задача №3

На прием к стоматологу обратился больной 64-х лет с жалобами на наличие «язв» на нижней губе.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным около года, когда впервые на нижней губе появились «язвы». Больной самостоятельно смазывал губу облепиховым маслом и «язвы» исчезли. Через три месяца на этом же месте вновь появилась «язва», покрытая корочкой, после удаления которой было небольшое кровотечение. Самолечение облепиховым маслом было неэффективно и больной обратился к врачу.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На красной кайме нижней губы на фоне умеренной эритемы и отека две эрозии овальной формы с гладкой, «полированной» поверхностью, розовато-красного цвета, размером 1 x 2 см, покрытые тонкой серозной корочкой. При пальпации уплотнения в основании и вокруг эрозий нет. По поводу разрушенных передних нижних зубов проведено протезирование у стоматолога.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
4. Течение заболевания.
5. Тактика лечения при появлении признаков озлокачествления.

Ответ к задаче №3

1. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти
2. Значительную роль играют возрастные трофические изменения тканей, которые особенно выражены у лиц с разрушенными передними нижними зубами. В связи с этим легко возникает деструктивная ответная реакция на инсоляцию, острую и хроническую травму.
3. С эрозивной формой красного плоского лишая, эрозивно – язвенной формой красной волчанки, акантолитической пузырчаткой, герпетической эрозией.
4. Течение хейлита Манганотти хроническое, часто заканчивается озлокачествлением спустя 3 месяца – 30 лет после начала заболевания.
5. Если появились признаки озлокачествления, следует произвести хирургическое удаление очага поражения в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием.

Задача №4

На прием к дерматологу обратился больной 32-х лет с жалобами на высыпания на красной кайме нижней губы, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен около 2-х лет. Больной отмечает сезонность заболевания: как правило, начинается в весенне-летний период и спонтанно заканчивается в осенне-зимний. Последний раз высыпания на губе появились месяц назад после длительного пребывания на солнце. Лечился самостоятельно. Применял различные кремы, мази, но эффекта от лечения не было.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На фоне ярко-красной эритемы нижней губы отмечаются мелкопластинчатые, сухие, беловатые чешуйки, очаги ороговения величиной до горошины. Верхняя губа и кожа лица не поражены.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Диагностика заболевания.
4. Прогноз заболевания
5. Профилактика заболевания

Ответ к задаче №4

1. Актинический хейлит
2. Основная причина возникновения актинического хейлита – развитие аллергической реакции по замедленному типу на УФ-лучи. Определенную патогенетическую роль играет состояние желудочно – кишечного тракта и гепатобилиарной системы.
3. Диагностика актинического хейлита основана на клинической картине и типичном анамнезе.
4. Прогноз актинического хейлита благоприятный, однако длительно существующий процесс может служить фоном для развития предраковых заболеваний.
5. Профилактика заключается в применении фотозащитных мазей и кремов.

Задача №5

К дерматологу обратилась больная 25 лет с жалобами на высыпания на красной кайме губ, сопровождающиеся умеренным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 5-7 дней, когда после нанесения на губы гигиенической губной помады появились отек, высыпания, мокнутие. Беспокоил зуд.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер с локализацией на красной кайме губ. На фоне эритемы и отека милиарные папулы, везикулы, эрозии, серозные и геморрагические корочки.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение данному заболеванию
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
4. Причины развития заболевания
5. Ваши рекомендации больной после клинического выздоровления

Ответ к задаче №5

1. Контактный аллергический хейлит.
2. Воспаление красной каймы губ, возникающее в результате непосредственного воздействия на кожу экзогенного раздражающего фактора (сенсibilизатора).
3. Дифференциальная диагностика с другими видами хейлита, красным плоским лишаем, красной волчанкой.
4. Причиной аллергических контактных хейлитов являются в основном губные помады, а также пластмасса зубных протезов, компоненты зубных порошков и паст, пластмассовые мундштуки духовых инструментов.
- 5.- Подбор гипоаллергенной губной помады.

- Гигиенический уход за кожей лица и красной каймой губ.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Опрос, осмотр и оформление истории болезни.
2. План обследования больного.
3. Анализировать, оценивать клинические, иммунологические и биохимические исследования.
4. Взять материал для микробиологического посева на питательные среды (антибиотикограмма).
5. Выписать, оформить рецепты на основные лекарственные средства.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Поражение слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при острых и хронических инфекционных заболеваниях.
2. Инфекционные и паразитарные заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.
3. Аллергические заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.
4. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

п/п	№ Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	н а кафедр е
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	
2.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
3.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р.	Красноярск: КрасГМУ, 2016	5	

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	н а кафедр е
	эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	Т. Казанбаев			

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭБС Colibris
4	ЭБС Консультант студента
5	ЭМБ Консультант врача
6	ЭБС ibooks
7	НЭБ e-Library
8	БД Nature
9	БД SAGE Premier
10	БД Oxford University Press
11	БД Scopus
12	БД Web of Science

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №22
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Васкулиты. Современные аспекты этиологии и патогенеза.
Диагностика. Лечение»
Индекс темы ОД.О.01.1.2.22**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ____ от «__» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. **Тема: «Васкулиты. Современные аспекты этиологии и патогенеза. Диагностика. Лечение»**

2. Формы работы:

- Поиск и обзор научных публикаций и электронных источников информации.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиологические и патогенетические факторы развития поражений сосудов.
2. Классификация аллергических васкулитов.
3. Особенности клинических проявлений и течения поражений сосудов.
4. Дифференциальная диагностика поражений сосудов.
5. Алгоритм обследования и лечения больных аллергическими васкулитами.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. LIVERO RACEMOSA МОЖЕТ БЫТЬ МАРКЕРОМ, ВСЕ КРОМЕ:

- а) системной красной волчанки;
- б) криоглобулинемии;
- в) узловатого панартериита;
- г) лепры;
- д) миеломной болезни

Правильный ответ: д

2. СИНДРОМ МАРТОРЕЛЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

- а) отложение иммунных комплексов в сосудах;
- б) флебита;
- в) спазма артериол;
- г) облитерирующего тромбангиита;
- в) жировой эмболии.

Правильный ответ: в

3. ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ И КИШЕЧНИКА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ АТРОФИЧЕСКОМ ПАПУЛЕЗЕ ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ:

- а) облитерирующего тромбангиита;
- б) спазма артериальных сосудов;
- в) воспаления вен;
- г) сегментарно гиалинизирующего васкулита;
- д) аномалия базальной мембраны сосудов.

Правильный ответ: а

4. ГЛАВНУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТОВ КОЖИ ИГРАЕТ:

- а) тромбоэмболия;
- б) отложение иммунных комплексов;
- в) атеросклеротические изменения в сосудах;

- г) тромбоз;
- д) ангиоспазм.

Правильный ответ: б

5. ПУРПУРА ПРИ СИНДРОМЕ ВИСКОТТА - ОЛДРИЧА ОБУСЛОВЛЕНА:

- а) отложением иммунных комплексов;
- б) тромбоцитопенией;
- в) ангиоспазм;
- г) аллергическим воспалением сосудов;
- д) дефектами базальной мембраны сосудов.

Правильный ответ: б

6. ВОСПАЛЕНИЕ ИГРАЕТ ОСНОВНУЮ РОЛЬ В РАЗВИТИИ:

- а) сенильной пурпуры;
- б) молниеносной пурпурой;
- в) анафилактоидной пурпуры;
- г) тромбоцитопенической пурпуры;
- д) пурпуры при цинге.

Правильный ответ: в

7. В ОСНОВЕ ПСЕВДОСАРКОМЫ КАПОШИ ТИПА МАЛИ ЛЕЖИТ:

- а) пролиферация незрелых клеток;
- б) хроническая венозная недостаточность;
- в) отложение иммунных комплексов;
- г) артериовенозные фистулы;
- д) артериосклероз артериол.

Правильный ответ: б

8. ПОЛИКЛОНАЛЬНАЯ КРИОГЛОБУНЕМИЯ НЕ ХАРАКТЕРНА:

- а) для системной красной волчанки;
- б) для синдрома Шегрена;
- в) для лейкоцитокластического васкулита;
- г) для миеломной болезни;
- д) для ревматоидного артрита.

Правильный ответ: г

9. В ГРУППУ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫХ ВАСКУЛИТОВ НЕ ВХОДИТ:

- а) болезнь Вегенера;
- б) височный артериит;
- в) болезнь Черджа-Строс;
- г) гиперергический васкулит кожи;
- д) срединная гранулема лица.

Правильный ответ: г

10. ОСОБЕННОСТЬЮ УЗЛОВОЙ ЭРИТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИЕРСИНИОЗОМ ПО СРАВНЕНИЮ С ТАКОВОЙ ПРИ САРКОИДОЗЕ, ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) боле частое поражение мужчин;
- б) хроническое рецидивирующее течение;
- в) регрессирование через 2-3- нед.;
- г) генерализованное поражение кожи;
- д) сильная болезненность.

Правильный ответ: в

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача № 1

У девочки 3-х лет на фоне полного здоровья в течение суток появилась лихорадка, сонливость и ригидность затылочных мышц. Через 6 часов возникла быстро прогрессирующая геморрагическая сыпь.

При обследовании температура 40°C, пульс 160/мин; частота дыхания (ЧД) 50/мин; АД 60/40 мм рт. ст. Неврологическое обследование сонливость и менингеальные симптомы. На коже туловища и конечностей геморрагическая сыпь представленная четко отграниченными пятнами неправильных очертаний темно-красного и бурого цвета (экхимозами, петехиями и пурпурами), а также очагами некроза на ногах, нижней части живота и ягодицах.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. Число лейкоцитов крови 45х 10⁹/л; доля палочкоядерных нейтрофилов составляет 90%; количество тромбоцитов 90х10⁹/л. Коагулограмма: протромбиновое время 17 с, активированное частичное тромбопластиновое время 45 с, уровень фибриногена 150 мг%, понижение уровня V и VI фактора свертывания, D-димеры 8 мг/мл, уровень протеина С 30% (норма 77-124%), уровень протеина S 40% (норма 62-117%). Биопсия очага поражения: тромбы из фибрина в мелких сосудах, кровоизлияния, некроз, признаков воспаления нет. Исследование спинномозговой жидкости: концентрация белка 100 мг%, число клеток в спинномозговой жидкости 0.5х 10⁶/л (из них 75% представлены нейтрофилами), глюкоза крови 20 мг%, окраска по Граму выявила грамотрицательные диплококки.

1. О каком симптомокомплексе может идти речь, исходя из клинической картины?
2. При каких заболеваниях этот симптомокомплекс встречается?
3. На чем основана диагностика данного симптомокомплекса?
4. Назначьте лечение.
5. Перечислите возможные осложнения.

Ответ к задаче №1

1. Молниеносная пурпура, обусловленная менигококковым сепсисом.
2. Наблюдают при трех группах заболеваний. Первая, наиболее часто встречающаяся группа, представлена бактериальным сепсисом. Наиболее частый возбудитель — *Neisseria meningitidis*. Другие возбудители включают *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Neisseria meningitidis*. Вторая группа заболеваний, проявляющихся молниеносной пурпурой, включает наследственный дефицит протеинов С и S, а также антитромбина III. Заболевание обычно проявляется в грудном и детском возрасте. Частой причиной молниеносной пурпуры в грудном возрасте служит резистентность к активированному протеину С, в основе которой лежит мутация гена, кодирующего синтез фактора свертывания V₅₀₆-CQ. Мутацию этого гена выявляют у 3-5%

населения в целом и у 25-50% лиц с тромбозом вен. Относительный дефицит протеинов С и S, наблюдаемый при бактериальном сепсисе, может инициировать молниеносную пурпуру. Третья группа включает идиопатическую и постинфекционную молниеносную пурпуру, которые также чаще всего встречаются у детей. Высыпаниям предшествует инфекции, протекающие с высокой лихорадкой. Самые частые возбудители — вирус varicella-zoster и стрептококки. Дефицит протеина S может быть обусловлен аутоиммунными механизмами, поскольку у некоторых больных выявляют антитела к протеину S.

3. Диагностика молниеносной пурпуры основана на клинической картине и результатах дополнительных исследований, включая биопсию кожи.

4. Летальность при молниеносной пурпуре высока и составляет 20-50%. Эффективность лечения зависит от сроков начала терапии, правильного установления причины заболевания, правильного выбора антибиотика. Показана инфузионная терапия, переливание свежезамороженной плазмы, гепарин. При дефиците протеинов С и S необходимо переливание концентрата протеина С. Тромболитики, такие как алтеплаза, применяют для уменьшения последствий тромбоэмболии. В настоящее время исследуют эффективность плазмафереза и иммуносупрессивной терапии у больных с антителами к протеину S.

5. Тромбоэмболия может вызывать серьезные осложнения. Поражение эпифизов у детей может приводить к отставанию роста конечности. Гангрена конечности может потребовать ампутации

Задача №2

У девочки, которой исполнилось 16 лет, фиолетовые высыпания, образующие сетчатый рисунок, впервые возникли на тыле стоп в возрасте 10 лет. В течение 6 лет высыпания постепенно распространились на туловище и конечности. Кроме высыпаний больную больше ничего не беспокоит. Она не принимает никаких лекарственных средств, включая отпускаемые без рецепта, не курит.

При обследовании основные физиологические показатели в норме. На коже туловища и конечностей фиолетовые высыпания, образующие сетчатый рисунок. Преимущественная локализация высыпаний на тыле стоп и передней поверхности голени, в меньшей степени — на предплечьях, кистях и нижней части туловища. Высыпания бледнеют при диаскопии, становясь желтовато-бурыми из-за отложения гемосидерина. Высыпания не пальпируются. Капилляры задних ногтевых валиков не изменены. Других патологических изменений не выявлено.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. Общий анализ крови с определением количества тромбоцитов и СОЭ в норме. Активность амилазы и липазы крови нормальная. Серологические реакции на сифилис отрицательные.

1. Как называется такая реакция кожи?
2. Дайте определение данной реакции кожи.
3. Что лежит в основе развития этой реакции кожи?
4. Какие варианты данного заболевания существуют?
5. Какие лекарственные средства являются наиболее эффективными в терапии данного заболевания?

Ответ к задаче №2

1. Идиопатическое ливедо.
2. Ливедо — это своеобразная реакция сосудов кожи, которую наблюдают при различных заболеваниях.
3. В основе ливедо лежит расширение сосудов поверхностного венозного сплетения,

обусловленное увеличением вязкости крови, нарушением оттока крови из кожи, изменением мелких сосудов, включая васкулит и спазм сосудов.

4. Выделяют наследственное ливедо и приобретенное ливедо. Последнее включает симптоматическое и идиопатическое ливедо. Причины симптоматического ливедо включают болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, системная склеродермия, дерматомиозит, ревматоидный полиартрит, узелковый периартериит, кожная форма узелкового периартериита), васкулиты (аллергические васкулиты кожи, аллергический гранулематозный васкулит, ливедо-васкулит), парапротеинемию (криоглобулинемия, болезнь Холодовых агглютининов), обструкцию сосудов (ДВС-синдром, дефицит протеинов С и S, дефицит антитромбина III, тромбоцитоз, эритремия, тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, макроглобулинемия, атероземболия), инфекции (сифилис, менинго-кокковый сепсис, эндокардит, туберкулез), прием лекарственных средств (амантадин, катехоламины, хинидин, миноциклин), а также антифосфолипидный синдром, панкреатит, синдром эозинофилии-миалгии, карциноидный синдром, феохромоцитому, гипотиреоз, грибовидный микоз, тиреотоксикоз с гиперкальциемией. Если причину приобретенного ливедо установить не удалось, то его называют идиопатическим (или первичным).

5. Антиагреганты - дилиридамола, тиклопидина и аспирина в низких дозах (пентоксифиллин - уменьшает вязкость крови и увеличивает эластичность эритроцитов).

Препараты, увеличивающих фибринолиз, (станозолол).

При язвах показан постельный режим.

Необходимо избегать факторов, увеличивающих вязкость и свертываемость крови (курение, применение пероральных противозачаточных средств).

Исключать лекарственную природу заболевания.

Задача №3

К дерматовенерологу обратился больной 38 лет с жалобами на появление многочисленных высыпаний на ногах.

Больным себя считает в течение месяца, когда впервые появились множественные оранжево-коричневые пятна на ногах. Некоторые пятна со временем стали исчезать, оставляя пигментацию. Со стороны внутренних органов отмечает первичный билиарный цирроз печени.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на коже голеней и около лодыжек. Высыпания представлены оранжево-коричневыми пятнами различной формы и размеров, а также оранжево-коричневыми крапинками размером с булавочную головку в виде «кайенского перца».

1. Поставьте диагноз. Дайте определение заболеванию.
2. У кого чаще встречается данная патология?
3. Перечислите агенты, провоцирующие заболевание.
4. Течение и прогноз заболевания.
5. Дифференциальная диагностика заболевания.

Ответ к задаче №3

1. Болезнь Шамберга – форма прогрессирующей пигментной пурпуры. Представляет собой лимфоцитарный капиллярит, предполагающий наличие клеточно – опосредуемой гиперчувствительности.

2. Среди взрослых чаще болеют мужчины, среди детей – девочки.

3. - инфекции (бактерии, вирусы, грибы, простейшие, гельминты)

- лекарства (инсулин, пенициллин, сульфаниламиды и др.)
 - химикаты (инсектициды, ...)
 - пищевые аллергены (молочный белок, глютен, ...)
4. Болезнь Шамберга – это хроническое состояние без наличия внутреннего заболевания. Подавляющее большинство пациентов со временем выздоравливают.
5. - монетовидная экзема
- цинга
 - сенильная пурпура
 - контактный дерматит
 - медикаментозная пурпура

Задача №4

К дерматовенерологу обратилась мать с ребенком 7 лет с жалобами на появление у ребенка сыпи на ногах и ягодицах, повышение температуры тела до 38⁰С, болями в суставах. При осмотре на коже голеней, бедер и ягодиц пурпурозные папулы величиной от булавочной головки до 2см (пальпируемая пурпура). Выраженный отек голеней и лодыжек.

1. Поставьте диагноз. Дайте определение заболеванию.
2. Этиология и патофизиология заболевания.
3. Кто подвержен самому большому риску развития данной патологии?
4. На чем базируется диагностика заболевания?
5. Признаки заболевания со стороны внутренних органов?

Ответ к задаче №4

1. Пурпура Шенлейна – Геноха.

Пурпура Шенлейна – Геноха. – лейкоцитокластический васкулит мелких сосудов вследствие отложений иммунных комплексов иммуноглобулина А в посткапиллярных венулах.

2. Развитию заболевания способствуют различные инфекционные агенты, лекарство, химикаты и пищевые аллергены. Васкулит ассоциируется со многими хроническими заболеваниями соединительной ткани и злокачественными новообразованиями. У 60% пациентов не удается обнаружить никакого другого заболевания и никакого провоцирующего васкулит агента. Васкулит мелких сосудов кожи вызывается отложением иммунных комплексов иммуноглобулина G или иммуноглобулина M в мелких посткапиллярных венулах.

3. Примерно в 90% всех случаев заболевания, пурпура наблюдается у детей младше 10 лет. Самому большому риску подвержены мальчики в возрасте от 4 до 8 лет.

4.- типичные клинические признаки

- гистологическое исследование (обнаружение иммунных комплексов)
- базовые лабораторные тесты (полный анализ крови, био-химический анализ крови, клинический анализ мочи)

5.- артралгии (80%), боль в животе (70%), изменения почек (45%) являются наиболее распространенными проявлениями.

- реже развиваются со стороны нервной системы (эпилептические припадки, неврологическая симптоматика), легких (легочная геморрагия), сердце (миокардит), гепатомегалия, паротит, некроз надпочечников.

Задача №5

К дерматовенерологу обратился больной 40 лет с жалобами на появление многочисленных высыпаний на ногах.

Больным себя считает в течение месяца, когда впервые появились множественные оранжево-коричневые пятна на ногах. Некоторые пятна со временем стали исчезать, оставляя пигментацию. Со стороны внутренних органов отмечает первичный билиарный цирроз печени. **ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС.** Процесс локализуется на коже голени и около лодыжек. Высыпания представлены оранжево-коричневыми пятнами различной формы и размеров, а также оранжево-коричневыми крапинками размером с булавочную головку в виде «кайенского перца».

1. Поставьте диагноз. Дайте определение заболеванию.
2. У кого чаще встречается данная патология?
3. Перечислите агенты, провоцирующие заболевание.
4. Течение и прогноз заболевания.
5. Дифференциальная диагностика заболевания.

Ответ к задаче №5

1. Болезнь Шамберга – форма прогрессирующей пигментной пурпуры. Представляет собой лимфоцитарный капиллярит, предполагающий наличие клеточно – опосредуемой гиперчувствительности.

2. Среди взрослых чаще болеют мужчины, среди детей – девочки.

3. - инфекции (бактерии, вирусы, грибы, простейшие, гельминты)

- лекарства (инсулин, пенициллин, сульфаниламиды и др.)

- химикаты (инсектициды, ...)

- пищевые аллергены (молочный белок, глютен, ...)

4. Болезнь Шамберга – это хроническое состояние без наличия внутреннего заболевания.

Подавляющее большинство пациентов со временем выздоравливают.

5. - монетовидная экзема

- цинга

- сенильная пурпура

- контактный дерматит

- медикаментозная пурпура

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Опрос, осмотр и оформление истории болезни.
2. План обследования больного.
3. Выписать, оформить рецепты на основные лекарственные средства.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Классификация ангиитов кожи по О.К.Шапошникову и О.Л.Иванову.

2. Дифференциально-диагностические критерии ангиитов кожи.

3. Алгоритм обследования больных ангиитами.

4. Алгоритм лечения больных ангиитами.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	н а кафедр е
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	
2.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
3.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталоном ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016	5	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭБС Colibris
4	ЭБС Консультант студента
5	ЭМБ Консультант врача
6	ЭБС ibooks
7	НЭБ e-Library
8	БД Nature
9	БД SAGE Premier
10	БД Oxford University Press
11	БД Scopus
12	БД Web of Science

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №23
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Красная волчанка. Этиология. Патогенез. Клинические проявления.
Диагностика. Лечение»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.23

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ____ от «__» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема «Красная волчанка. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение»

2. Формы работы:

- Обзор специальной литературы
- Подготовка к заключению по обзору.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Классификация красной волчанки.
2. Этиология красной волчанки.
3. Патогенез красной волчанки.
4. Характеристика клинических форм красной волчанки.
5. Диагностика красной волчанки.
6. Лечение больных красной волчанкой.
7. Диспансеризация больных красной волчанкой.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. К БОЛЕЗНЯМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ОТНОСИТСЯ:

- 1) парапсориаз
 - 2) экзема
 - 3) псориаз
 - 4) красная волчанка
 - 5) болезнь Девержи
- Правильный ответ: 4

2. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- 1) эритема, плотно сидящие чешуйки, атрофия
 - 2) везикулы
 - 3) пузыри
 - 4) узелки
 - 5) лихенификация
- Правильный ответ: 1

3. ДЛЯ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО:

- 1) локализация на спине
- 2) фолликулярный гиперкератоз
- 3) симптом Никольского
- 4) симптом Поспелова
- 5) обнаружение клеток Тцанка

4. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- 1) атрофия кожи
- 2) эритема, гиперкератоз, атрофия

- 3) эритема
 - 4) гиперкератоз
 - 5) симптом «птичьего глазка»
- Правильный ответ: 2

5. КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- 1) центрифужная эритема
- 2) бугорковая
- 3) папулезная
- 4) эрозивная
- 5) язвенная

Правильный ответ: 1

6. СТОЙКАЯ И ВОЗВЫШАЮЩАЯСЯ ЭРИТЕМА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМОМ:

- 1) кольцевидной гранулемы
- 2) синдрома Свита
- 3) липоидного некробиоза
- 4) лейкоцитокластического васкулита
- 5) центробежной эритемы

Правильный ответ: 1

7. В ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) антинуклеарные антитела и клетки красной волчанки
- 2) лейкопения и анемия
- 3) гиперглобулинемия и ревматоидный фактор
- 4) тромбоцитопения и гипоальбуминемия
- 5) гипокомплементемия и ложно-положительная реакция

Правильный ответ: 1

8. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- 1) вильпрафен
- 2) фтивазид
- 3) циклоспорин
- 4) ламизил
- 5) глюкокортикостероиды

Правильный ответ: 5

9. ПРИ ОСВЕЩЕНИИ ЛАМПОЙ ВУДА ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) снежно- голубое свечение;
- 2) беловато- желтое свечение;
- 3) кораллово- красное свечение;
- 4) изумрудное свечение;

5) отсутствие свечение.

Правильный ответ: 1

10. С ПОМОЩЬЮ ПРЯМОЙ РЕАКЦИИ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ ОТЛОЖЕНИЕ IgG ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- 1) на верхушках дермальных сосочков;
- 2) в зоне дермо- эпидермальной границы;
- 3) в межклеточных пространствах шиповатого слоя;
- 4) в роговом слое;
- 5) во всех слоях эпидермиса.

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

На прием к дерматологу обратилась больная 32-х лет с жалобами на высыпания на коже лица. ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания на коже лица появились месяц назад после длительного пребывания на солнце. Лечилась самостоятельно. Применяла различные кремы, мази, но эффекта от лечения не было.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Какие характерные для данного заболевания симптомы имеют место в данном случае?
3. План обследования больной.
4. Составьте план лечения больной.
5. Профилактика заболевания.

Ответ к задаче №1

1. Дискоидная красная волчанка.
2. Симптом Бенъе-Мещерского, симптом «дамского каблучка»
- 3.

- Общий анализ крови
- ЛЕ-клетки (волчаночные клетки)
- Антинуклеарные антитела (АНА)
- Прямая и непрямая РИФ
- Гистологическое исследование

4. Общее лечение:

- Антималарийные препараты (гидроксихлорохин 5-6 мг/кг/сут)
- Антиоксиданты (альфа-токоферол по 50-100 мг/сут)
- Ретиноиды (ацитретин, этретинат, изотретиноин 40-50 мг)

Местное лечение:

- Топические глюкокортикостероидные препараты 2 класса
- Рациональная одежда, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60).

5. - Защита кожи от солнечного облучения

- Трудоустройство, исключающее работу под открытым небом.

Задача №2

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

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

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер, симметричный.

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

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

Ответ к задаче №2

1. Подострая кожная красная волчанка.

2. По современным представлениям патогенез красной волчанки является сложным, включает участие иммунных, генетических, метаболических, нейроэндокринных и экзогенных факторов. Провоцирующими активаторами могут быть инфекции, УФО, лекарственные воздействия. У больных КВ обнаруживают угнетение Т-клеточного звена и повышение В-клеточного звена иммунной системы, высокий уровень IgA, M, G, циркулирующих иммунных комплексов, антител против ДНК и РНК, клетки красной волчанки (ЛЕ-клетки).

3. При сборе анамнеза необходимо уточнить профессию больного, частоту и длительность его пребывания под солнечными лучами или на морозе и ветре, расспросить о предшествующих приемах лекарственных препаратов, усиливающих действие солнечного света. Обратит внимание на наличие у больного очагов хронической инфекции и интеркуррентных заболеваний, способных вызвать заболевание.

4. Общий анализ крови

ЛЕ-клетки (волчаночные клетки)

Антинуклеарные антитела (АНА)

Прямая и непрямая РИФ

Гистологическое исследование

5. Защита кожи от солнечного облучения, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60), рациональная одежда, диспансерное наблюдение у дерматолога.

Задача №3

На прием к врачу обратилась больная 32-х лет с жалобами на высыпания красного цвета на коже лица, красной каймы губ, сопровождающиеся чувством жжения и покалывания.

ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания на коже лица появились в мае месяце после длительного пребывания на солнце. С тех пор процесс медленно прогрессирует. Лечилась самостоятельно применяла мази с антибиотиками. Эффекта от лечения не было.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Патологический процесс локализуется на коже переносицы и щек в виде «бабочки», а также на губах и подбородке. Представлен инфильтрированными эритематозными бляшками, поверхность которых покрыта плотно сидящими роговыми чешуйками. После удаления чешуек на их нижней поверхности обнаруживаются шипики. Положительный симптом Бенье-Мещерского. В центре бляшек имеет место рубцовая атрофия, по периферии очагов - телеангиэктазии. На красной кайме нижней губы ограниченный отек с трещинами.

1. Поставьте диагноз
2. Ключевые звенья патогенеза заболевания
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
4. Составьте план лечения.
5. Ваши рекомендации больной после клинического выздоровления

Ответ к задаче №3

1. Дискоидная красная волчанка.
2. По современным представлениям патогенез красной волчанки является сложным, включает участие иммунных, генетических, метаболических, нейроэндокринных и экзогенных факторов. Провоцирующими активаторами могут быть инфекции, УФО, лекарственные воздействия. У больных КВ обнаруживают угнетение Т-клеточного звена и повышение В-клеточного звена иммунной системы, высокий уровень IgA, M, G, циркулирующих иммунных комплексов, антител против ДНК и РНК, клетки красной волчанки (ЛЕ-клетки).
3. Дифференциальная диагностика с СКВ, розацеа, полиморфным фотодерматозом, псориазом, себорейной экземой, лимфоцитомой, ознобленной волчанкой, туберкулезной волчанкой, эозинофильной гранулемой лица, эритематозной пузырчаткой, лимфоцитарной инфильтрацией Jessner-Kanof, красным плоским лишаем, медикаментозными токсидермиями, дерматомиозитом, синдромом Лассюэра-Литтля.
4. Общее лечение:
 - Антималарийные препараты (гидроксихлорохин 5-6 мг/кг/сут)
 - Антиоксиданты (альфа-токоферол по 50-100 мг/сут)Местное лечение:
 - Топические глюкокортикостероидные препараты 2 класса
 - Рациональная одежда, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60).
5. - Защита кожи от солнечного облучения, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60), рациональная одежда, диспансерное наблюдение у дерматолога.

Задача №4

У девочки, которой сейчас 13 лет, около 2-х лет назад после инсоляции возникла сыпь на лице. Высыпания медленно прогрессировали. Со временем на щеках возникли точечные рубцы. Лечение кортикостероидами для наружного применения, противогрибковыми препаратами (включая гризеофульвин) и антибиотиками оказалось неэффективным. Помимо сыпи большую больше ничего не беспокоит. Семейный анамнез отягощен по красной волчанке — тетьа по материнской линии страдает системной красной волчанкой с тяжелым поражением почек. При обследовании. На коже щек, носа, подбородка и центральной части лба красные шелушащиеся бляшки. На фоне бляшек располагаются точечные атрофические рубцы и роговые пробки в устьях волосяных фолликулов. На ушных раковинах — роговые пробки в

устьях волосяных фолликулов. Диффузное поредение волос на голове. Других патологических изменений не выявлено.

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

Ответ к задаче №4

1. Дискоидная красная волчанка.
2. Провоцирующим фактором стала инсоляция.
3. По современным представлениям патогенез красной волчанки является сложным, включает участие иммунных, генетических, метаболических, нейроэндокринных и экзогенных факторов. Провоцирующими активаторами могут быть инфекции, УФО, лекарственные воздействия. У больных КВ обнаруживают угнетение Т-клеточного звена и повышение В-клеточного звена иммунной системы, высокий уровень IgA, M, G, циркулирующих иммунных комплексов, антител против ДНК и РНК, клетки красной волчанки (ЛЕ-клетки).
4. Общее лечение:
 - Антималарийные препараты (гидроксихлорохин 5-6 мг/кг/сут)
 - Антиоксиданты (альфа-токоферол по 50-100 мг/сут)
 - Ретиноиды (ацитретин, этретинат, изотретиноин 40-50 мг)Местное лечение:
 - Топические глюкокортикостероидные препараты 2 класса
 - Рациональная одежда, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60).
5. Отсутствие прогрессирования заболевания, уменьшение клинических проявлений и субъективных симптомов, нормализация лабораторных показателей.

Задача №5

К дерматологу обратилась больная 40 лет с жалобами на появление покраснения и рубцов на лице, выпадение волос на голове.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение года, когда летом после загара появилось стойкое покраснение на коже лица. Самостоятельно применяла различные косметические средства, без эффекта. К врачу не обращалась. Через 3 месяца после появления высыпаний на лице отметила выпадение волос на голове.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже лица в области щек очаги поражения, представленные красными бляшками диаметром до 2 см с плотно прилегающими чешуйками, гипопигментированные рубцы с телеангиэктазией. На волосистой части головы три очага рубцующейся алопеции диаметром до 3 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие нарушения иммунной системы характерны для данного заболевания?
3. Назовите классическую триаду симптомов для данного заболевания?
4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с полиморфным фотодерматозом и ограниченным псориазом.
5. Перечислите критерии эффективности лечения.

Ответ к задаче №5

1. Дискоидная кожная волчанка.

2. У больных красной волчанкой обнаруживают угнетение Т-клеточного звена и повышение В-клеточного звена иммунной системы, высокий уровень IgA, M, G, циркулирующих иммунных комплексов, антител против ДНК и РНК, клетки красной волчанки (ЛЕ-клетки).
3. Классическая триада симптомов дискоидной красной волчанки: эритема, фолликулярный гиперкератоз, рубцовая атрофия.
4. При полиморфном фотодерматозе зимой наступает улучшение, не бывает высыпаний на волосистой части головы и красной кайме губ, слизистой рта; нет фолликулярного кератоза и атрофии кожи, нередко отмечается зуд. Для ограниченного псориаза характерно отсутствие снежно – белого свечения в лучах лампы Вуда, атрофии и фолликулярного кератоза, наличие характерной для псориаза триады симптомов, нередкий зуд.
5. Отсутствие прогрессирования заболевания, уменьшение клинических проявлений и субъективных симптомов, нормализация лабораторных показателей.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Сбор анамнеза у больных красной волчанкой.
2. Осмотр больных, определение морфологических элементов, их интерпретация.
3. Дополнительные методы исследования: симптом шпиков, Бенъе-Мещерского, симптом «скомканной папиросной бумаги».
4. Интерпретация лабораторных методов исследования.
5. Выписка рецептов.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Дифференциально-диагностические критерии красной волчанки.
2. Алгоритм обследования больных красной волчанкой: анамнез, общий статус, локальный статус, лабораторная диагностика, дополнительные методы обследования, консультации специалистов.
3. Алгоритм лечения больных красной волчанкой: принципы лечения в зависимости от активности процесса, общее лечение, наружное лечение; диспансеризация больных красной волчанкой.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	н а кафедр е
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	
2.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
3.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталоном ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016	5	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭБС Colibris
4	ЭБС Консультант студента
5	ЭМБ Консультант врача
6	ЭБС ibooks
7	НЭБ e-Library
8	БД Nature
9	БД SAGE Premier
10	БД Oxford University Press
11	БД Scopus

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №24
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления.
Диагностика. Лечение»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.24

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ____ от «__» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема «Дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение»

2. Формы работы:

- Проработка учебного материала по учебной и научной литературе.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Классификация дерматомиозита.
2. Этиология дерматомиозита.
3. Патогенез дерматомиозита.
4. Характеристика клинических форм дерматомиозита.
5. Диагностика дерматомиозита.
6. Лечение больных дерматомиозитом.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ДЕРМАТОМИОЗИТ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

- а) детском
- б) подростковом
- в) в 20 лет
- г) между 40 – 60 годами
- д) в 30 лет

Правильный ответ: г

2. ДЛЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА В РАННЕЙ СТАДИИ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ:

- а) на лице и шеи
- б) на нижних конечностях
- в) на ягодицах
- г) на верхних конечностях
- д) на туловище

Правильный ответ: а

3. ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НЕВОЗМОЖНО СОЧЕТАНИЕ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:

- а) лимфома
- б) лейкоз
- в) миелома
- г) менингит
- д) инсульт

Правильный ответ: д

4. В РАЗВИТИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА НЕ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИЙ ФАКТОР:

- а) иммунные механизмы

- б) инфекция
 - в) стресс
 - г) генетический фон
 - д) инсоляция
- Правильный ответ: д

5. ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НЕ МОГУТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ:

- а) отечная эритема
 - б) волдыри
 - в) пузырьки
 - г) геморрагии
 - д) лихенификация
- Правильный ответ: д

6. ПОРАЖЕНИЕ МЫШЦ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НЕ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ХАРАКТЕР:

- а) нарастающая слабость
 - б) болезненность
 - в) миофиброз
 - г) атрофия
 - д) безболезненность
- Правильный ответ: д

7. ДЕРМАТОМИОЗИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- а) красный плоский лишай
 - б) псориазом
 - в) склеродермия
 - г) атопический дерматит
 - д) системная красная волчанка.
- Правильный ответ: г

8. С КАКИМ СПЕЦИАЛИСТОМ СЛЕДУЕТ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬ БОЛЬНОГО ПРИ РАЗВИТИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА В ВОЗРАСТЕ ПОСЛЕ 40 ЛЕТ?

- а) терапевт
 - б) онколог
 - в) хирург
 - г) рентгенолог
 - д) гинеколог.
- Правильный ответ: б

9. РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ДЕРМАТОМИОЗИТА:

- а) первичный и вторичный
- б) третичный
- в) латентный
- г) рецидивирующий

д) хроническая

Правильный ответ: а

10. КАКИЕ КОРТИКОСТЕРОИДЫ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНОМУ ДЕРМАТОМИОЗИТОМ?

а) преднизолон

б) триамцинолон

в) дипроспан

г) гидрокортизон

д) метипред.

Правильный ответ: б

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача 1

К дерматологу обратилась больная 60 лет с жалобами на появление высыпаний на коже лица, шеи и груди, слабость, недомогание.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение одного года. Сначала заметила появление красноты и шелушения на шее и груди, затем на пальцах рук. Через некоторое время стала отмечать слабость, быструю утомляемость при физических нагрузках, затруднения при подъеме со стула. За время болезни потеряла 15 кг веса тела.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер. В периорбитальной области кожа отечна, имеет темно-красный цвет. На задней поверхности шеи и задней поверхности плеч лиловая эритема. На передней поверхности груди эритема, гипо- и гиперпигментация, шелушение, атрофия кожи, телеангиэктазии. На коже в области пястно-фаланговых суставов лиловые бляшки.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите характерные симптомы заболевания у данной больной?
3. Какие характерные признаки поражения мышц имеют место у данной больной?
4. Консультация какого специалиста необходима больной?
5. Какие варианты течения данного заболевания известны?

Ответ к задаче №1

1. Дерматомиозит.

2. - Периорбитальная лиловая эритема и отек – гелиотропная сыпь.

- Симптом Готтрона – лиловые папулы и бляшки на поверхностях выступающих костей: межфаланговых суставов, пястнофаланговых, локти, колени, лодыжки.

- «Симптом шали» - лиловая эритема на задней поверхности шеи и задней поверхности плеч.

- V-симптом: фиолетовая эритема на передней поверхности шеи и грудной клетки.

- Пойкилодермия (эритема, телеангиэктазия, гипо- и гиперпигментация, атрофия). Типична на верхней части груди, задней поверхности плеч, ягодиц и спины.

3. Усталость – типичная жалоба, также пациентам трудно бывает расчесывать волосы, подниматься вверх по лестнице или встать со стула, не прибегая к помощи рук.

4. Консультация онколога. В 30% случаев дерматомиозит взрослых ассоциируется со злокачественными заболеваниями внутренних органов. В анамнезе у больной потеря веса до 15 кг.

5. Течение заболевания различно скоротечное и быстро прогрессирующее, хроническое и рецидивирующее, спонтанная ремиссия Ассоциация со специфическими антителами: в случаях ассоциации с Mi2 – хроническое течение, с РНК синтетазой – тяжелое течение, поражение легких.

Задача 2

К дерматологу обратился мужчина 45 лет с жалобами на высыпания вокруг глаз, мышечную слабость, недомогание.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больным себя считает в течение 6 месяцев, когда стал отмечать покраснение и отек кожи вокруг глаз. Через 3 месяца появилась слабость, с трудом поднимался вверх по лестнице, быстро уставал при физических нагрузках. За время болезни потерял 20 кг веса тела.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер. В периорбитальной области лиловый оттенок цвета кожи, сопровождающийся отеком. На разгибательных поверхностях локтей лиловая эритема, шелушение, фиолетовые папулы. На кистях вокруг ногтей эритема, телеангиэктазии. В области межфаланговых суставов кистей лиловые папулы.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести больному?
3. Консультация какого специалиста необходима больному?
4. Какие варианты течения данного заболевания известны?
5. Рекомендуемые методы лечения данного заболевания.

Ответ к задаче №2

1. Дерматомиозит - редкая хроническая идиопатическая воспалительная миопатия, которая характеризуется симметричным поражением проксимальных мышц и типичными очагами на коже.

2. - Гистологическое исследование мышечной ткани (биопсия кожи не помогает в постановке диагноза).

- Характерны некроз и регенерация мышечных волокон, атрофия мышечных фасций, воспалительные изменения сосудов.

-Электромиография (функциональная оценка мышц), магнитно-резонансная спектроскопия.

- Концентрация мышечных ферментов: креатинфосфокиназа, альдолаза.

- Капилляроскопия ногтевого валика.

- Тщательный скрининг на наличие злокачественных опухолей.

3. Консультация онколога. В 30% случаев дерматомиозит взрослых ассоциируется со злокачественными заболеваниями внутренних органов. В анамнезе у больного потеря веса до 20кг в течение 6 месяцев.

4. Течение заболевания различно скоротечное и быстро прогрессирующее, хроническое и рецидивирующее, спонтанная ремиссия Ассоциация со специфическими антителами: в случаях ассоциации с Mi2 – хроническое течение, с РНК синтетазой – тяжелое течение, поражение легких.

5. - Кортикостероиды системные 1 мг/кг 1-6 недель, снижая до min поддерживающих доз, которые следует принимать в течение 1 года под контролем (а далее в течение нескольких лет). Возможна пульс-терапия 500-1000 мг/день в/в, в течение 3-х дней.

- Иммуносупрессивные средства

- метотрексат 1 раз в неделю 7,5-15 мг или 25 мг в/м еженедельно.

- азатиоприн, циклофосфамид, хлорамбуцил, циклоспорин А.

- Иммуноглобулины внутривенные 0,3-0,4 мг/кг день, 5 дней. 3-х дневные курсы ежемесячно 3-6 мес. Плазмаферез не дает эффекта.
- В случае зуда – антигистаминные препараты.
- Солнцезащитные средства.
- Двигательные упражнения, правильное питание, физиотерапия, трудотерапия.
- При амиопатическом ДМ.
- гидроксихлорохин 2,5 мг/кг ежедн., небольшие дозы системных кортикостероидов, солнцезащитные экраны.
- Такое сочетание предотвращает или замедляет заболевание мышц и развитие кальциноза.

Задача №3

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

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

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

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

Ответ к задаче №3

1. Дерматомиозит - редкая хроническая идиопатическая воспалительная миопатия, которая характеризуется симметричным поражением проксимальных мышц и типичными очагами на коже.

2. - Аутоиммунное заболевание соединительной ткани неизвестной этиологии.

- В процесс вовлечены клеточный и гуморальный иммунные ответы.

- В 15-20% случаев обнаруживают специфические для миозита антитела Mi 2, у некоторых пациентов – антитела к транспортной РНК-синтетазе.

3. Консультация онколога. В 30% случаев дерматомиозит взрослых ассоциируется со злокачественными заболеваниями внутренних органов. В анамнезе у больной злокачественное новообразование.

4. У 10% пациентов поражение мышц не регистрируется. Отсутствует мышечная слабость и лабораторные признаки миозита. Заболевание может развиваться в течение месяцев и лет. Контроль в течение многих лет может показывать стабильность кожных изменений и отсутствие миозита.

5. Течение заболевания различно скоротечное и быстро прогрессирующее, хроническое и рецидивирующее, спонтанная ремиссия

Ассоциация со специфическими антителами: в случаях ассоциации с Mi2 – хроническое течение, с РНК синтетазой – тяжелое течение, поражение легких.

Задача №4

У девочки 2,5 лет после инсоляции появилась красная сыпь на лице. Родители отмечают у ребенка быструю утомляемость и мышечную слабость, которые возникли 3 месяца назад. При обследовании. Температура 37,5 С. На коже щек и век красные, слегка отечные пятна. Над пястно-фаланговыми и межфаланговыми суставами кистей плоские лиловые папулы. Телеангиэктазии на верхних веках и ногтевых валиках. Слабость проксимальных мышц конечностей.

1. Поставьте диагноз
2. Этиология заболевания.
3. Какие особенности клинических проявлений характерны для данного заболевания у детей?
4. Перечислите методы лабораторной диагностики
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Ответ к задаче №4

1. Ювенильный дерматомиозит
- 2.- Аутоиммунное заболевание соединительной ткани неизвестной этиологии.
- В процесс вовлечены клеточный и гуморальный иммунные ответы.
- В 15-20% случаев обнаруживают специфические для миозита антитела Mi 2, у некоторых пациентов – антитела к транспортной РНК-синтетазе.
3. У детей заболевание протекает тяжелее. Более тяжелые поражения сосудов, изъязвления на коже, выраженная фоточувствительность. Контрактуры суставов и атрофия. У 40-70% детей обызвествление подкожной клетчатки (источник инвалидности). Кальциноз и поражение внутренних органов встречаются чаще, чем у взрослых. Злокачественные образования редкие. Лечение кортикостероидами и иммуносупрессивными препаратами.
4. - Гистологическое исследование мышечной ткани (биопсия кожи не помогает в постановке диагноза). Характерны некроз и регенерация мышечных волокон, атрофия мышечных фасций, воспалительные изменения сосудов.
- Электромиография (функциональная оценка мышц), магнитно-резонансная спектроскопия.
- Концентрация мышечных ферментов: креатинфосфокиназа, альдолаза.
- Капилляроскопия ногтевого валика.
- Тщательный скрининг на наличие злокачественных опухолей.
5. С контактным дерматитом, красной волчанкой (системной, дискоидной), псориазом, полиморфным фотодерматозом.

Задача №5

К дерматологу обратилась больная 76 лет с жалобами на появление высыпаний на коже лица, шеи и груди, слабость, недомогание.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение 2 лет. Сначала заметила появление красноты и шелушения на шее и груди, затем на пальцах рук. Через некоторое время стала отмечать слабость, быструю утомляемость при физических нагрузках, затруднения при подъеме со стула. За время болезни потеряла 20 кг веса тела.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер. В периорбитальной области кожа отечна, имеет темно-красный цвет. На задней поверхности шеи и задней поверхности плеч лиловая эритема. На передней поверхности груди эритема, гипо- и

гиперпигментация, шелушение, атрофия кожи, телеангиэктазии. На коже в области пястно-фаланговых суставов лиловые бляшки.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите характерные симптомы заболевания у данной больной?
3. Какие характерные признаки поражения мышц имеют место у данной больной?
4. Консультация какого специалиста необходима больной?
5. Какие варианты течения данного заболевания известны?

Ответ к задаче №5

1. Дерматомиозит.

2.- Периорбитальная лиловая эритема и отек – гелиотропная сыпь.

- Симптом Готтрона – лиловые папулы и бляшки на поверхностях выступающих костей: межфаланговых суставов, пястнофаланговых, локти, колени, лодыжки.

- «Симптом шали» - лиловая эритема на задней поверхности шеи и задней поверхности плеч.

- V-симптом: фиолетовая эритема на передней поверхности шеи и грудной клетки.

- Пойкилодермия (эритема, телеангиэктазия, гипо- и гиперпигментация, атрофия). Типична на верхней части груди, задней поверхности плеч, ягодиц и спины.

3. Усталость – типичная жалоба, также пациентам трудно бывает расчесывать волосы, подниматься вверх по лестнице или вставать со стула, не прибегая к помощи рук.

4. Консультация онколога. В 30% случаев дерматомиозит взрослых ассоциируется со злокачественными заболеваниями внутренних органов. В анамнезе у больной потеря веса до 20кг.

5. Течение заболевания различно скоротечное и быстро прогрессирующее, хроническое и рецидивирующее, спонтанная ремиссия Ассоциация со специфическими антителами: в случаях ассоциации с Mi2 – хроническое течение, с РНК синтетазой – тяжелое течение, поражение легких.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Анализировать, оценивать клинические, иммунологические и биохимические исследования.
2. Дать определение и клиническую характеристику первичным и вторичным морфологическим элементам сыпи.
3. Провести оценку гистологических препаратов.
4. Выписать, оформить рецепты на основные лекарственные средства.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Дифференциально-диагностические критерии дерматомиозита.
2. Алгоритм обследования больных дерматомиозитом: лабораторная диагностика, дополнительные методы обследования, консультации специалистов.
3. Алгоритм лечения больных дерматомиозитом: принципы лечения в зависимости от характера происхождения заболевания.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	н а кафедр е
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.	3	
2.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
3.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталоном ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016	5	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭБС Colibris
4	ЭБС Консультант студента
5	ЭМБ Консультант врача
6	ЭБС ibooks
7	НЭБ e-Library
8	БД Nature
9	БД SAGE Premier
10	БД Oxford University Press
11	БД Scopus
12	БД Web of Science

«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №25
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

ТЕМА: «Болезни сальных желез»

Индекс темы ОД.О.01.1.2.25

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ____ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема: «Болезни сальных желез»

2. Формы работы:

- Конспектирование учебной литературы.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Классификация болезней сальных желез.
2. Классификация угревой болезни.
3. Этиология и патогенез угревой болезни.
4. Клиника различных форм угревой болезни.
5. Современные методы лечения угревой болезни.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. В ПАТОГЕНЕЗЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ:

- 1) повышенное салоотделение
- 2) нарушение ороговения сально-железистого аппарата
- 3) гиперандрогения, генетические факторы
- 4) повышенное салоотделение, гиперандрогения, генетические факторы
- 5) повышенное салоотделение, нарушения ороговения сально-железистого аппарата, гиперандрогения, генетические факторы

правильный ответ: 5

2. В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ:

- 1) наличие клеща железницы
- 2) сосудистые нарушения
- 3) болезни желудка
- 4) наличие клеща железницы, болезни желудка
- 5) сосудистые нарушения, болезни желудка, наличие клеща железницы

правильный ответ: 5

3. ПРИ НАЛИЧИИ САЛЬНО-ЖЕЛЕЗИСТОГО НЕВУСА НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ:

- 1) генетика
- 2) косметолога
- 3) онколога
- 4) психиатра
- 5) педиатра

правильный ответ: 3

4. В СЛУЧАЕ ПОВЫШЕННОГО САЛООТДЕЛЕНИЯ НА ГОЛОВЕ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

- 1) мыть голову часто, не реже двух раз в неделю
- 2) использовать постоянно сульсеновое мыло
- 3) использовать постоянно зеленое мыло с серой

- 4) мыть голову редко, 1-2 раза к месяц
 - 5) исключить мытье водой и мылом, очищать волосы мукой
- правильный ответ: 4

5. САЛЬНЫЕ КИСТЫ У ДЕТЕЙ:

- 1) появляются в периоде новорожденности на коже лица, вследствие застоя секрета сальных желез
 - 2) это - акне новорожденных
 - 3) это - опухоли сальных желез
 - 4) подлежат оперативному вмешательству
 - 5) лечатся кортикостероидными мазями
- правильный ответ: 1

6. САЛЬНЫЕ КИСТЫ У ДЕТЕЙ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ:

- 1) на коже лба, щеках, крыльях носа, носогубных складках, иногда на затылке и половом члене
 - 2) обилие на передне - брюшной стенке и туловище
 - 3) обилие в естественных складках
 - 4) типичная локализация - кисти, ладони, область ануса
 - 5) на слизистой полости рта
- правильный ответ: 1

7. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) появление в конце второй недели жизни, реже в месячном возрасте; разрешается к 3 месяцам на традиционном лечении
 - 2) появление с шести месяцев жизни
 - 3) трансформируется из экссудативно-катарального дерматита
 - 4) это - проявление атопического дерматита
 - 5) это- разновидность псориаза
- правильный ответ: 1

8. ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ СЕБОРЕЙНОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) волосистая часть головы, область шеи, подмышечные, паховые, бедренные складки, ягодицы
 - 2) только подколенные впадины
 - 3) кожа щек
 - 4) голени
 - 5) суставы
- правильный ответ: 1

9. ДЛЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) диспепсические расстройства в виде частых срыгиваний, жидкого стула, рвоты, отставание в весе
 - 2) гектическая лихорадка, не поддающаяся действию жаропонижающих средств
 - 3) наличие на лице папуло-пустулезных высыпаний
 - 4) асимметрия высыпаний на лице
 - 5) симптом мальабсорбции
- правильный ответ: 1

5.Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

На прием к дерматологу обратился мужчина 22-х лет с жалобами на высыпания на коже спины и груди.

ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания на спине и груди появились примерно год тому назад. Лечился самостоятельно, использовал для протирания кожи различные спиртовые растворы (салициловый, борный спирт) без заметного эффекта.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже спины, преимущественно в межлопаточной области, и на коже груди множество открытых и закрытых комедонов, полушаровидные папулы величиной с горошину, множественные папуло-пустулы.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Перечислите клинические разновидности заболевания.
4. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания с другими дерматозами.
5. Что необходимо учитывать при назначении лечения больному?

Ответ к задаче №1

1. Угревая болезнь
- 2.-Расстройства гормональной регуляции (повышение андрогенов и усиление их влияния на сальную железу, повышенное продуцирование кожного сала);
-Изменения химического состава кожного сала, увеличение его плотности и снижение бактерицидных свойств;
-Нарушения процессов кератинизации, особенно в устьях волосяных фолликулов;
-Колонизация протоков сальных желез *Propionibacterium asne*, золотистым стафилококком, которые выделяют фермент липазу, разлагающую триглицериды кожного сала до свободных жирных кислот, способствующих перигландулярному и перифолликулярному воспалению.
-У большинства пациентов нет гормональных нарушений.
- 3.Невоспаленные очаги:
-Микрокомедоны
-Белые угри
-Черные угри
-Макрокомедоны
Воспаленные очаги:
-Папулы
-Поверхностные пустулы
-Глубокие воспалительные очаги (индуративные, сливные, флегмонозные, конглобатные угри).
4. -Грамотрицательный фолликулит (быстрое начало с появлением многочисленных пустул, частично вокруг носа и рта).
-Розацеа: телеангиэктазии и отсутствие комедонов.
-Медикаментозное акне: мономорфные высыпания.
-Экскориированное акне: папулезные очаги вследствие манипуляций.
-Фолликулярный кератоз (локализация на разгибательной поверхности плеча)
-Бактериальный (грамнегативный) и грибковый фолликулит (не типичен на лице)
5. -Глубина залегания элементов
-Формирование ретенционных кист
-Наличие воспаления и его выраженность

- Массивность инфильтрата
- Наличие или отсутствие пустулизации
- Особенности рубцевания
- Наличие гиперергического компонента воспаления

Задача № 2

Больная, 17 лет жалуется на жирный блеск кожи лица, жирность волос. Заболевание отмечает в течение 6-8 мес с началом в осенний период.

Локальный статус: При осмотре объективно выявляется: кожа в области лица повышенной жирности, при надавливании на кожу в области щек, носо-щечных складок, лба выделяется полупрозрачная маслянистая жидкость. В области волосистой части головы длинные волосы местами слипшиеся, с жирным блеском.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания.
3. Характер течения заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
5. Методы лечения заболевания.

Ответ к задаче №2

1. Жирная себорея. Себорейный дерматит.
2. Причиной заболевания являются липофильные дрожжевые грибы *Malassezia*. В патогенезе имеют значение повышенная секреция кожного сала и изменение его качественного состава; гормональные, иммунные и нейроэндокринные нарушения.
3. Заболевание имеет хронический характер с ремиссиями и обострениями.
4. – грибковая инфекция
 - красная волчанка
 - розацеа
 - псориаз
 - листовидная пузырчатка
5. Себорейный дерматит лица легкой и умеренной степени хорошо реагирует на наружные противогрибковые средства (кремы, гели). Также эффективно ежедневное мытье лица шампунем против перхоти («Микозорал», «Низорал») или мылами, содержащими пиритион цинка. Слабое и умеренное поражение волосистой части головы лучше всего лечить частым и обильным мытьем с применением шампуней против перхоти. В тяжелых случаях проводится системная противогрибковая терапия (кетоназол, итраконазол).

Задача №3

Больная 17 лет жалуется на повышенную жирность кожи лица, жирность волос. Заболевание отмечает в течение 6-8 месяцев.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожа в области лица повышенной жирности, эритематозная, покрыта жирными чешуйками. При надавливании на кожу в области носощечных складок выделяется полупрозрачная маслянистая жидкость. В области волосистой части головы длинные волосы местами слипшиеся с жирным блеском. Кожа волосистой части головы эритематозная, покрыта чешуе-корочками.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания.
3. Характер течения заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?

5. Методы лечения заболевания.

Ответ к задаче №3

1. Жирная себорея. Себорейный дерматит.

2. Причиной заболевания являются липофильные дрожжевые грибы *Malassezia*. В патогенезе имеют значение повышенная секреция кожного сала и изменение его качественного состава; гормональные, иммунные и нейроэндокринные нарушения.

3. Заболевание имеет хронический характер с ремиссиями и обострениями.

4. – грибковая инфекция

- красная волчанка

- розацеа

- псориаз

- листовидная пузырчатка

5. Себорейный дерматит лица легкой и умеренной степени хорошо реагирует на наружные противогрибковые средства (кремы, гели). Также эффективно ежедневное мытье лица шампунем против перхоти («Микозорал», «Низорал») или мылами, содержащими пиритион цинка. Слабое и умеренное поражение волосистой части головы лучше всего лечить частым и обильным мытьем с применением шампуней против перхоти. В тяжелых случаях проводится системная противогрибковая терапия (кетоконазол, итраконазол).

Задача №4

Больной 23-х лет обратился к дерматологу с жалобами на шелушение в области волосистой части головы, сопровождающееся незначительным зудом кожи.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже волосистой части головы диффузное мелкопластинчатое шелушение, чешуйки серовато-белого цвета. Волосы сухие, ломкие.

1. Поставьте диагноз.

2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания.

3. Характер течения заболевания.

4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?

5. Методы лечения заболевания.

Ответ к задаче №4

1. Сухая себорея. Себорейный дерматит.

2. Причиной заболевания являются липофильные дрожжевые грибы *Malassezia*. В патогенезе имеют значение пониженная секреция кожного сала и изменение его качественного состава; гормональные, иммунные и нейроэндокринные нарушения.

3. Заболевание имеет хронический характер с ремиссиями и обострениями.

4. – грибковая инфекция

- красная волчанка

- розацеа

- псориаз

- листовидная пузырчатка

5. Слабое и умеренное поражение волосистой части головы лучше всего лечить частым и обильным мытьем с применением шампуней против перхоти («Микозорал», «Низорал»). В тяжелых случаях проводится системная противогрибковая терапия (кетоконазол, итраконазол).

Задача №5

На прием к дерматологу обратилась больная 15 лет с жалобами на высыпания на коже лица.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение месяца, когда впервые на коже в области лба появились высыпания, которые постепенно распространялись на щеки. Из сопутствующих заболеваний хронический энтероколит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на коже лица в области лба и щек. Высыпания представлены лентикулярными округлыми папулами цвета нормальной кожи с черными фолликулярными точками в центре.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию.
3. Какие лабораторные исследования проводятся при этом заболевании?
4. Какие факторы оказывают отягощающее влияние на течение болезни?
5. Что необходимо учитывать при назначении лечения больной?

Ответ к задаче №5

1. Угревая болезнь
2. Угревая болезнь (акне) – заболевание сальных желез и волосяных фолликулов, сопровождающееся фолликулярной кератинизацией, закупоркой протоков избыточно функционирующих сальных желез, перифокальным воспалением (обычно на фоне паразитирования *Propionibacterium acne* – *P. acne*), что приводит к формированию узелковых, пустулезных, кистозных образований – угрей
3. -Показаны женщинам со стойким акне при наличии гиперандрогенизации (волосы на лице, гипертрофия мышц, нерегулярные менструации)
-Проводятся тесты на уровень тестостерона, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона и дегидроэпиандростерона сульфата
-Тесты на бактериальные и грибковые культуры проводятся для исключения инфекционного фолликулита
-Исследования на наличие *P. Acne* и выявление резистентности к антибиотикам.
4. -Вегетативные отклонения
-Дефицит цинка в организме
-Очаги фокальной инфекции
-Эндокринопатии (сахарный диабет, микседема, нарушения сексуальной сферы)
-Заболевания ЖКТ (хронические гастриты, язвенная болезнь и др.)
-Расстройства микроциркуляции (застой, тканевая гипоксия)
-Иммунодефицитные состояния
-Алиментарные погрешности (избыточные количества углеводов, жиров, солей)
-Прием некоторых лекарств (бромиды, йодиды, кортикостероиды)
-Пребывание в условиях запыленности, высокой и низкой температуры, контакт с химикатами
5. -Глубина залегания элементов
-Формирование ретенционных кист
-Наличие воспаления и его выраженность
-Массивность инфильтрата
-Наличие или отсутствие пустулизации
-Особенности рубцевания
-Наличие гиперергического компонента воспаления

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Анализировать, оценивать клинические, иммунологические и биохимические исследования.

2. Обнаружение угревой железницы.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Клинико-морфологические проявления угревой болезни.
2. Алгоритм лечения больных угревой болезнью: принципы лечения в зависимости от активности процесса, общее лечение, наружное лечение; диспансеризация больных ангиитами.
3. Дерматокосметологическое лечение угревой болезни: принципы и методы терапии в зависимости от формы и степени тяжести угревой болезни, сопутствующей патологии кожи.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

п/п	№ Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	н а кафедр е
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http:// www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965 . http	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014.	3	
Дополнительная литература					
1.	Клиническая дерматоонкология [Электронный ресурс] : атлас. - Режим доступа: http:// ibooks.ru/reading.php? productid=353388И .	И. А. Ламоткин	БИНОМ. Лаборатори я знаний, 2015.	3	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. ИвановМ. : ГЭОТАР-Медиа, 2014
3	ЭБС Консультант студента
4	ЭБС Colibris
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭМБ Консультант врача
7	ЭБС ibooks
8	НЭБ e-Library
9	БД Nature
10	БД SAGE Premier
11	БД Oxford University Press
12	БД Scopus
13	БД Web of Science

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №26
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Лимфомы кожи. Этиология. Патогенез. Клинические формы.
Диагностика. Принципы лечения»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.26

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____

Карачева Ю.В.

Составитель:
к.м.н., доцент _____

Яковлева Т.А.

Красноярск
2018

1. Тема: «Лимфомы кожи. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Принципы лечения»

2. Формы работы:

-Проработка учебного материала по учебной и научной литературе.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиологические и патогенетические факторы развития лимфомы кожи.
2. Классификация лимфомы кожи.
3. Особенности клинических проявлений и течения.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Алгоритм обследования и лечения больных.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ТКЛК ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

- а) в роговом слое эпидермиса
- б) в базальном слое эпидермиса
- в) в эпидермисе и сосочковом слое дермы
- г) в сетчатом слое дермы и гиподермы
- д) в лимфатических узлах

Правильный ответ: в

2. В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА РАЗВИТИЯ ТКЛК В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ РАССМАТРИВАЮТ:

- а) вирус папилломы человека
- б) вирус простого герпеса типа 2
- в) ретровирусы типа А
- г) ретровирусы типа С
- д) хламидии.

Правильный ответ: г

3. ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ ТКЛК ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ:

- а) В и Т- лимфоцитами
- б) В- лимфоцитами, клетками Ларгерганса, меланоцитами
- в) Т- лимфоцитами, клетками Ларгенганса, кератиноцитами
- г) ретикулярные клетки, кератиноцитами и Т- лимфоцитами
- д) В- лимфоцитами, плазматическими клетками, кератиноцитами.

Правильный ответ: в

4. ПРИ ТКЛК ОТМЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ПРОЛИФЕРАЦИЯ:

- а) Т-хелперных лимфоцитов
- б) Т-киллерных лимфоцитов

- в) В-лимфоцитов
 - г) 0-клеток
 - д) Т-супрессорных лимфоцитов
- Правильный ответ: а

5. МАРКЕРАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ЛИМФОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Лимфоцитарный антиген, ассоциированный с кожей (CD4RO)
- б) ядерный антиген пролиферирующий клеток (Ki-67)
- в) лимфоцитарный функциональный антиген (LFA-1)
- г) интерлейкин-1.
- д) интерлейкин-2

Правильный ответ: б

6. ЭКЗОЦИТОЗ Т-ЛИМФОТОЗ В ЭПИДЕРМИС СВЯЗАН:

- а) с интерлейкином-1
- б) с интерлейкином-2
- в) с интерлейкинами-4
- г) с увеличенным содержанием клеток Ларгенганса
- д) с фактором некроза опухоли.

Правильный ответ: а

7. АНТИГЕНПРЕЗЕНТУЮЩИМИ КЛЕТКАМИ В ЭПИДЕРМИСЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) кератиноциты
- б) Т-лимфоциты
- в) меланоциты
- г) клетки Лргенганса
- д) Т-хеллперы.

Правильный ответ: г

8. БОЛЬНЫЕ С МИНИМАЛЬНЫМ РИСКОМ ЛЕТАЛЬНОСТИ ИМЕЮТ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

- а) ограниченных папулопятнистых высыпаний
- б) бляшечных высыпаний
- в) выраженного зуда
- г) еденичных опухолевых высыпаний
- д) ладонно-подошвенного гиперкиратоза.

Правильный ответ: г

9. К ГРУППК ТКЛК НЕ ОТНОСИТСЯ:

- а) грибовидный микоз
- б) первичный ретикулез
- в) эритродермия Вильсона- Брока
- г) саркома Капоши
- д) синдром Сезари.

Правильный ответ: г

10. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТКЛК НА РАННИХ СТАДИЯХ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) сильные и сверхсильные наружные кортикостероидные препараты
- б) фотохимиотерапия
- в) цитостатическая полихимиотерапия
- г) ароматические ретиноиды
- д) производные азотистого иприта.

Правильный ответ: в

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

Больная 49 лет, учительница, поступила в стационар с жалобами на зуд кожи живота.

ИЗ АНАМНЕЗА: Болеет в течение 4 лет, неоднократно обращалась к дерматологу.

Находится на диспансерном наблюдении. Судя по данным истории болезни, первоначально на животе, конечностях появились розовато-красного цвета пятнистые высыпания, величиной с монету, четко ограниченные от здоровой кожи. Постепенно они приобрели коричнево-бурый оттенок, начинали шелушиться. В таком виде они сохранялись в течение года. Затем отдельные элементы исчезли, а другие начали между собой сливаться, эксцентрически росли. На руках стали появляться на гиперемированной и шелушащейся коже резко очерченные узлы величиной от горошины до вишни, слегка продолговатой формы, сначала цвета кожи, а позднее приобрели коричневый или синевадно-красный оттенок. Узлы медленно увеличивались в своих размерах и не проявляли склонности к распаду.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: На коже живота расположены очаги поражения эритематозно-сквамозного характера, с четкими границами. Над корнем носа и в нососщечных складках имеются резко очерченные узлы величиной от горошины до вишни, слегка продолговатой формы, коричневого или сине-красного цвета. Шейные лимфатические узлы, а также подкрыльцовые, паховые и бедренные увеличены.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ: Судя по данным истории болезни, в прошлом кровь и костный мозг безотклонений от нормы. В настоящее время лейкоцитов- $18 \cdot 10^9/\text{л}$, сегментоядерных-74%, лимфоцитов-14%, моноцитов-12%.

ГИСТОЛОГИЯ. Характеристика изменений кожи на первых этапах развития болезни мало отличается от нормы. В настоящее время обращает на себя внимание мощный инфильтрат, располагающийся горизонтально в сетчатом и подкожно-жировом слое. Между базальным слоем эпидермиса и верхней границей инфильтрата наблюдается светлая, лентовидная, узкая полоска, свободная от клеточных элементов. Инфильтрат состоит, главным образом, из мелких и крупных ретикулярных клеток с гиперхромным ядром. В некоторых из них имеются два ядрышка. Митоз слабо выраженный. Встречаются также гистиоциты, моноцитоподобные клетки.

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Этиология и патогенез.
4. Методы исследования.
5. Современные методы лечения.

Ответ к задаче №1

1. Лимфома кожи, узловато-бляшечная форма. Биопсия.
2. Парансориаз бляшечный.

3. Этиология злокачественных лимфом кожи не установлена. В качестве возможного фактора развития злокачественных лимфом кожи рассматриваются ретровирусы, вирус Т-клеточного лейкоза человека (HTVL-1), цитомегаловирус, вирус Эпштейна—Барра, вирус простого герпеса 8 типа; химические вещества, используемые в промышленности, строительстве, сельском хозяйстве; повышенная радиация и инсоляция; прием некоторых ЛС. Эти факторы повышают риск появления мутантного клона лимфоцитов и усиливают их миграцию в кожу. При постоянной антигенной стимуляции и нарушениях в системе иммунной защиты создаются условия, при которых возникший злокачественный клон лимфоцитов может выжить и увеличиться.

4. • клинический и биохимический анализ крови;

• исследование иммунного статуса;

• УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

• рентгенография органов грудной клетки;

• компьютерная томография органов брюшной, грудной полости, малого таза;

• стерильная пункция.

Дополнительные методы исследования:

• трепанобиопсия;

• биопсия увеличенных лимфатических узлов с иммунофенотипированием.

5. Иммунодепрессанты, тигазон.

Задача №2

Мужчину белой расы 75 лет беспокоит умеренно зудящая бляшка на ягодице. Бляшка появилась около 10 лет назад. Она имеет дугообразную форму и напоминает букву С, что обусловлено сочетанием периферического роста с центральным разрешением. Больной страдает умеренной артериальной гипертонией, по поводу которой последние 20 лет принимает гидрохлортиазид. Кроме того, у больного выявлен инсулинонезависимый сахарный диабет, по поводу которого он принимает пероральные сахаропонижающие средства. Самочувствие больного хорошее.

Физикальное обследование. АД 140/90 мм рт.ст. Кожа: на левой ягодице- большая шелушащаяся бляшка красно-коричневого цвета, кольцевидной формы. В центре пленомегалии нет.

1. О каком заболевании идет речь?

2. Какие необходимы дополнительные исследования?

3. Дать определение лимфомы кожи.

4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

5. Современные методы лечения.

Ответ к задаче №2

1. Единичные высыпания при Т-клеточной лимфоме кожи могут оставаться без изменений годы, что связано с контролем над злокачественным клоном Т- лимфоцитов со стороны иммунной системы.

2. • клинический и биохимический анализ крови;

• исследование иммунного статуса;

• УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

• рентгенография органов грудной клетки;

• компьютерная томография органов брюшной, грудной полости, малого таза;

• стерильная пункция.

Дополнительные методы исследования:

- трепанобиопсия;
 - биопсия увеличенных лимфатических узлов с иммунофенотипированием.
3. Лимфомы кожи — клинически и морфологически неоднородная группа опухолей, развивающихся вследствие злокачественной пролиферации лимфоцитов в коже.
 4. Парапсориаз бляшечный.
 5. Иммунодепрессанты, тигазон.

Задача №3

Больная 50 лет, продавец, поступила в стационар с жалобами на зуд кожи живота и увеличение лимфатических узлов.

ИЗ АНАМНЕЗА: Болеет в течение 3 лет, неоднократно обращалась к дерматологу.

Находится на диспансерном наблюдении. Судя по данным истории болезни, первоначально на животе, конечностях появились розовато-красного цвета пятнистые высыпания, величиной с монету, четко ограниченные от здоровой кожи. Постепенно они приобрели коричнево-бурый оттенок, начинали шелушиться. В таком виде они сохранялись в течение года. Затем отдельные элементы исчезли, а другие начали между собой сливаться, эксцентрически росли. На руках стали появляться на гиперемированной и шелушащейся коже резко очерченные узлы величиной от горошины до вишни, слегка продолговатой формы, сначала цвета кожи, а позднее приобрели коричневый или синевато-красный оттенок. Узлы медленно увеличивались в своих размерах и не проявляли склонности к распаду.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: На коже живота расположены очаги поражения эритематозно-сквамозного характера, с четкими границами. Над корнем носа и в нососощечных складках имеются резко очерченные узлы величиной от горошины до вишни, слегка продолговатой формы, коричневого или сине-красного цвета. Шейные лимфатические узлы, а также подкрыльцовые, паховые и бедренные увеличены.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ: Судя по данным истории болезни, в прошлом кровь и костный мозг безотклонений от нормы. В настоящее время лейкоцитов- $17 \cdot 10^9/\text{л}$, сегментоядерных-75%, лимфоцитов-15%, моноцитов-11%.

ГИСТОЛОГИЯ. Характеристика изменений кожи на первых этапах развития болезни мало отличается от нормы. В настоящее время обращает на себя внимание мощный инфильтрат, располагающийся горизонтально в сетчатом и подкожно-жировом слое. Между базальным слоем эпидермиса и верхней границей инфильтрата наблюдается светлая, лентовидная, узкая полоска, свободная от клеточных элементов. Инфильтрат состоит, главным образом, из мелких и крупных ретикулярных клеток с гиперхромным ядром. В некоторых из них имеются два ядрышка. Митоз слабо выраженный. Встречаются также гистиоциты, моноцитоподобные клетки.

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Этиология и патогенез.
4. Методы исследования.
5. Современные методы лечения.

Ответ к задаче №3

1. Лимфома кожи, узловато-бляшечная форма. Биопсия.
2. Парапсориаз бляшечный.
3. Этиология злокачественных лимфом кожи не установлена. В качестве возможного фактора развития злокачественных лимфом кожи рассматриваются ретровирусы, вирус Т-клеточного

лейкоза человека (HTVL-1), цитомегаловирус, вирус Эпштейна—Барра, вирус простого герпеса 8 типа; химические вещества, используемые в промышленности, строительстве, сельском хозяйстве; повышенная радиация и инсоляция; прием некоторых ЛС. Эти факторы повышают риск появления мутантного клона лимфоцитов и усиливают их миграцию в кожу. При постоянной антигенной стимуляции и нарушениях в системе иммунной защиты создаются условия, при которых возникший злокачественный клон лимфоцитов может выжить и увеличиться.

4. • клинический и биохимический анализ крови;
- исследование иммунного статуса;
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;
- рентгенография органов грудной клетки;
- компьютерная томография органов брюшной, грудной полости, малого таза;
- стерильная пункция.

Дополнительные методы исследования:

- трепанобиопсия;
- биопсия увеличенных лимфатических узлов с иммунофенотипированием.

5. Иммунодепрессанты, тигазон.

Задача №4

Мужчину ,50 лет беспокоит умеренно зудящая бляшка на животе. Бляшка появилась около 5 лет назад. Она имеет дугообразную форму и напоминает букву С, что обусловлено сочетанием периферического роста с центральным разрешением. Больной страдает язвенной болезнью в течение 5 лет. Кроме того, у больного выявлен инсулинонезависимый сахарный диабет, по поводу которого он принимает пероральные сахаропонижающие средства. Самочувствие больного хорошее.

Физикальное обследование. АД 140/90 мм рт.ст. Кожа: в области живота- большая шелушащаяся бляшка красно-коричневого цвета, кольцевидной формы. В центре пленомегалии нет.

1. О каком заболевании идет речь?
2. Какие необходимы дополнительные исследования?
3. Дать определение лимфомы кожи.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
5. Современные методы лечения.

Ответ к задаче №4

1. Единичные высыпания при Т-клеточной лимфоме кожи могут оставаться без изменений годы, что связано с контролем над злокачественным клоном Т- лимфоцитов со стороны иммунной системы.

2. • клинический и биохимический анализ крови;
- исследование иммунного статуса;
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;
- рентгенография органов грудной клетки;
- компьютерная томография органов брюшной, грудной полости, малого таза;
- стерильная пункция.

Дополнительные методы исследования:

- трепанобиопсия;

- биопсия увеличенных лимфатических узлов с иммунофенотипированием.
3. Лимфомы кожи — клинически и морфологически неоднородная группа опухолей, развивающихся вследствие злокачественной пролиферации лимфоцитов в коже.
 4. Парапсориаз бляшечный.
 5. Иммунодепрессанты, тигазон.

Задача №5

Больная 42 лет, преподаватель, поступила в стационар с жалобами на зуд кожи живота.

ИЗ АНАМНЕЗА: Болеет в течение 5 лет, неоднократно обращалась к дерматологу.

Находится на диспансерном наблюдении. Судя по данным истории болезни, первоначально на животе, конечностях появились розовато-красного цвета пятнистые высыпания, величиной с монету, четко ограниченные от здоровой кожи. Постепенно они приобрели коричнево-бурый оттенок, начинали шелушиться. В таком виде они сохранялись в течение года. Затем отдельные элементы исчезли, а другие начали между собой сливаться, эксцентрически росли. На руках стали появляться на гиперемированной и шелушащейся коже резко очерченные узлы величиной от горошины до вишни, слегка продолговатой формы, сначала цвета кожи, а позднее приобрели коричневый или синевато-красный оттенок. Узлы медленно увеличивались в своих размерах и не проявляли склонности к распаду.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: На коже живота расположены очаги поражения эритематозно-сквамозного характера, с четкими границами. Над корнем носа и в нососщечных складках имеются резко очерченные узлы величиной от горошины до вишни, слегка продолговатой формы, коричневого или сине-красного цвета. Шейные лимфатические узлы, а также подкрыльцовые, паховые и бедренные увеличены.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ: Судя по данным истории болезни, в прошлом кровь и костный мозг безотклонений от нормы. В настоящее время лейкоцитов- $18 \cdot 10^9/\text{л}$, сегментоядерных-75%, лимфоцитов-14%, моноцитов-11%.

ГИСТОЛОГИЯ. Характеристика изменений кожи на первых этапах развития болезни мало отличается от нормы. В настоящее время обращает на себя внимание мощный инфильтрат, располагающийся горизонтально в сетчатом и подкожно- жировом слое. Между базальным слоем эпидермиса и верхней границей инфильтрата наблюдается светлая, лентовидная, узкая полоска, свободная от клеточных элементов. Инфильтрат состоит, главным образом, из мелких и крупных ретикулярных клеток с гиперхромным ядром. В некоторых из них имеются два ядрышка. Митоз слабо выраженный. Встречаются также гистиоциты, моноцитоподобные клетки.

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Этиология и патогенез.
4. Методы исследования.
5. Современные методы лечения.

Ответ к задаче №5

1. Лимфома кожи, узловато- бляшечная форма. Биопсия.
2. Парапсориаз бляшечный.
3. Этиология злокачественных лимфом кожи не установлена. В качестве возможного фактора развития злокачественных лимфом кожи рассматриваются ретровирусы, вирус Т-клеточного лейкоза человека (HTVL-1), цитомегаловирус, вирус Эпштейна—Барра, вирус простого герпеса 8 типа; химические вещества, используемые в промышленности, строительстве, сельском хозяйстве; повышенная радиация и инсоляция; прием некоторых ЛС. Эти факторы повышают

риск появления мутантного клона лимфоцитов и усиливают их миграцию в кожу. При постоянной антигенной стимуляции и нарушениях в системе иммунной защиты создаются условия, при которых возникший злокачественный клон лимфоцитов может выжить и увеличиться.

4. • клинический и биохимический анализ крови;
- исследование иммунного статуса;
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;
- рентгенография органов грудной клетки;
- компьютерная томография органов брюшной, грудной полости, малого таза;
- стерильная пункция.

Дополнительные методы исследования:

- трепанобиопсия;
- биопсия увеличенных лимфатических узлов с иммунофенотипированием.

5. Иммунодепрессанты, тигазон.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Опрос, осмотр и оформление истории болезни.
2. План обследования больного.
3. Выписать, оформить рецепты на основные лекарственные средства, применяемые для лечения лимфомы кожи.
4. Оформить больничный лист.
5. Представлять больных на МСЭК, ВТЭК.
6. Участвовать в составлении годового отчета отделения или кабинета.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Классификация лимфомы кожи.
2. Дифференциально-диагностические критерии заболевания.
3. Алгоритм обследования больных.
4. Алгоритм лечения больных.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа:	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ		

			2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				

11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение
Высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №27
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

ТЕМА: «Наследственные дерматозы. Классификация. Диагностика»

Индекс темы ОД.О.01.1.2.27

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор _____

Составитель:

к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема: «Наследственные дерматозы. Классификация. Диагностика»

2. Формы работы:

- Написание рефератов.
- Подготовка докладов к участию в тематических дискуссиях.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Современное представление о систематике и семиотике наследственных дерматозов.
2. Диагностика наследственных дерматозов.
3. Клиническая характеристика групп наследственных дерматозов.
4. Клиника наследственных дерматозов.
5. Дифференциальная диагностика наследственных дерматозов.
6. Современные методы лечения больных наследственными дерматозами.
7. Тактика ведения больных наследственными дерматозами.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ПИГМЕНТНО-СОСОЧКОВАЯ ДИСТРОФИЯ КОЖИ У ДЕТЕЙ СВЯЗАНА

- 1) с аденокарциномой желудка
- 2) с Т-клеточной лимфомой
- 3) с В-клеточной лимфомой
- 4) с эндокринными болезнями
- 5) с генетическими факторами

Правильный ответ: 5

2. РАННИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) псевдоаденомы
- 2) листовидные белые пятна
- 3) соединительнотканые невусы
- 4) подногтевые фибромы Коена
- 5) липомы

Правильный ответ: 2

3. ПРИЧИНА ИРРИТАЦИИ ВЫСЫПНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРИ МАСТОЦИТОЗЕ ОБУСЛОВЛЕНА:

- 1) либераторным действием на тучные клетки
- 2) высокой токсичностью
- 3) повышенной кумуляцией
- 4) частыми аллергическими реакциями
- 5) дисбактериозом

Правильный ответ: 1

4. АНАЛИЗ РОДОСЛОВНОЙ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НЕОБХОДИМ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ:

- 1) исключить предполагаемый диагноз atopического дерматита, если среди родственников не выявлены аналогичные больные
- 2) определить генетический прогноз, риск наследственной отягощенности у потомства или сибсов
- 3) определить клиническую форму atopического дерматита
- 4) определить клинический прогноз
- 5) выявить средовые факторы риска обострений

Правильный ответ: 2

5. ПРИ ЛИХЕНОИДНОЙ ФОРМЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) частые осложнения вторичной инфекцией
- 2) идиосинкразия к пищевому продукту
- 3) анемия
- 4) вторичный иммунодефицит
- 5) нарушения центральной нервной системы, эмоциональные стрессы

Правильный ответ: 4

6. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО РЕДКО СОЧЕТАЕТСЯ С:

- 1) ангидротической эктодермальной дисплазией I типа
- 2) вульгарным аутосомно-доминантным ихтиозом
- 3) синдромом Криста - Сименса II типа
- 4) вульгарным сцепленным с полом ихтиозом (чернеющий)
- 5) фенилкетонурией

Правильный ответ: 4

7. ВЕЗИКУЛО-БУЛЛЕЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНЫМ ГЕНОДЕРМАТОЗАМ:

- 1) эксфолиативный дерматит Риттера
- 2) милиария кристаллическая
- 3) буллезная форма пигментной крапивницы
- 4) энтеропатический акродерматит
- 5) синдром Лайела

Правильный ответ: 4

8. БОЛЬНЫМ С ПИГМЕНТНОЙ КСЕРОДЕРМОЙ, ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:

- 1) фотохимиотерапии
- 2) лазеротерапии
- 3) селективной ПУВА-терапии
- 4) рентгенотерапии
- 5) ретиноидов

Правильный ответ: 5

9. ЭКТРОПИОН, ЭКСЛАБИОН, МОНГОЛОИДНЫЙ РАЗРЕЗ ГЛАЗ, ВРОЖДЕННАЯ ДЕФОРМАЦИЯ УШНЫХ РАКОВИН ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) для врожденного ихтиоза
- 2) для атопического дерматита
- 3) для ангидротической эктодермальной дисплазии
- 4) для врожденной пахионихии
- 5) для врожденного дискератоза

Правильный ответ: 1

10. У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ИХТИОЗОМ НЕРЕДКИ ОСЛОЖНЕНИЯ. К ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ НЕЛЬЗЯ ОТНЕСТИ:

- 1) пневмонию;
- 2) сепсис;
- 3) гипотрофию;
- 4) абсцессы в подкожной основе.
- 5) нет правильного ответа

Правильный ответ: 5

11. X- СЦЕПЛЕННЫЙ РЕЦЕССИВНЫЙ ИХТИОЗ ОБУСЛОВЛЕН:

- 1) дефектом синтеза кератогиалина;
- 2) отсутствием фермента стероидсульфатазы в эпидермальных клетках и лейкоцитах;
- 3) неспособность кератиноцитов образовывать краевую полосу рогового слоя;
- 4) увеличение уровня стерола и жирных кислот в чешуйках кожи;
- 5) увеличение содержания n-алканов.

Правильный ответ: 2

5.Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

Девочка 11 лет с безболезненным узлом на плече была направлена из психиатрической больницы, где она лечится по поводу «эмоциональных расстройств» и умеренной умственной отсталости. Эпилептических припадков у нее не было. У девочки приемные родители, поэтому семейный анамнез не известен.

При обследовании. АД 95/65 мм.рт.ст. Неврологическое обследование: легкая умственная отсталость, умеренные эмоциональные нарушения. Тем не менее, больная охотно вступает в контакт.

На передней поверхности правого плеча плотный узел диаметром 2см с гиперпигментацией вокруг него. Крупное пятно цвета кофе с молоком на боковой поверхности туловища, рядом расположены еще 5 пятен цвета кофе с молоком диаметром 1,5 – 2,0 см. Множество мелких гиперпигментных пятен, похожих на веснушки в подмышечных впадинах. Широко расставленные соски. Офтальмоскопия патологий не выявила. Костно-мышечная система: легкий сколиоз.

1. Поставьте диагноз
2. Дайте определение заболеванию
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Специфический признак заболевания

5. Методы лабораторной диагностики.

Ответ к задаче №1

1. Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена)

2. Наследственное заболевание кожи и ЦНС, имеющее как минимум семь клинических вариантов. Наиболее распространенным вариантом является нейрофиброматоз типа I и называется болезнью Реклингхаузена.

3. Наследуется по аутосомно-доминантному типу, однако 50% случаев возникают вследствие новой мутации. Патогенез заболевания связан с дефектом гена нейрофибромина.

4. Пятна типа веснушек в паховой и подмышечной областях (синдром Кроува).

5.- магнитно-резистентная томография головного и спинного мозга – наличие различных опухолей ЦНС

- гистологическое исследование нейрофибром

- генетическое тестирование

Задача №2

Мальчик, которому сейчас 2 года, с возраста 6 месяцев страдает повышенной фоточувствительностью и тяжелыми солнечными ожогами с образованием пузырей. На открытых участках тела (лицо, тыльная поверхность кистей, открытые участки груди и шеи) возникли гипопигментные пятна и множество гиперпигментных пятен по типу веснушек. Это первый ребенок у родителей, которые приходятся друг другу двоюродными братом и сестрой. Семейный анамнез по кожным болезням не отягощен. Лекарственных препаратов ребенок не получал.

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ. Основные физиологические показатели в норме. Физическое развитие соответствует возрасту. На лице, тыльной поверхности кистей и предплечий, на открытых участках груди и шеи эритема, шелушение, множественные гиперпигментные пятна по типу веснушек. Единичные телеангиэктазии и гипопигментные пятна с признаками атрофии на коже лица.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. Общий анализ крови и биохимический анализ крови в норме. Антиядерные антитела не выявлены.

1. Какой наиболее вероятный диагноз?

2. Этиология и патогенез заболевания

3. Что является первым проявлением болезни?

4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами

5. Рекомендации больному в процессе диспансерного наблюдения.

Ответ к задаче №2

1. Пигментная ксеродерма.

2. Пигментная ксеродерма объединяет гетерогенную группу генетических заболеваний, обусловленных нарушением репарации ДНК. При этом в основе нарушений репарации ДНК лежат дефекты ферментов эндонуклеаз. Заболевание характеризуется разнообразными клиническими проявлениями. Заболеваемость пигментной ксеродермой составляет 1 на 40000 - 250000 населения в год. Тип наследования — аутосомно-рецессивный. Заболевание нередко выявляют у детей, рожденных в кровнородственном браке. Клеточно-фузионный метод позволяет выделить восемь подтипов пигментной ксеродермы, которые отличаются локализацией мутантного гена.

3. Первым проявлением пигментной ксеродермы служит тяжелый солнечный ожог.

4. У детей младшего возраста с повышенной чувствительностью к солнечному свету исключают тяжелый солнечный ожог, фототоксическую реакцию (форма лекарственной токсидермии), полиморфный фотодерматоз, высыпания у новорожденных, напоминающие красную волчанку, эритропозитическую протопорфирию, синдром Блума, синдром Ротмунда-Томсона, хартнуповскую болезнь и синдром Коккейна. Гиперпигментные пятна по типу веснушек, как при пигментной ксеродерме, наблюдают при хроническом лучевом дерматите, лентигонозе, системной склеродермии и пигментной крапивнице. Возникновение базальноклеточного рака в детском возрасте наблюдают при синдроме Горлина-Гольца. Раннее возникновение меланомы бывает у лиц с синдромом диспластических невусов и семейной меланомой.

5. Больным пигментной ксеродермой показано максимальное ограничение инсоляции. Им следует носить закрытую одежду, широкополые шляпы, солнцезащитные очки, ежедневно пользоваться непрозрачными солнцезащитными средствами. Кроме того, таким больным показано генетическое консультирование, консультация офтальмолога и невропатолога. Стекла автомобиля следует оснастить пленкой, задерживающей ультрафиолетовое излучение. Кроме того, следует ограничить действие солнечного света на слизистую рта.

Необходимо неотложное и полноценное лечение злокачественных новообразований кожи и их предшественников. Для профилактики новых опухолей применяют дермабразию, которую проводят под общей анестезией. Риск злокачественных новообразований кожи снижает прием внутрь изотретиноина и этретината в низких дозах. В настоящее время проходят исследования по применению ферментов, участвующих в репарации ДНК. При этом на кожу наносят лосьон, в котором ферменты находятся в липосомах.

Задача №3

Девочку 17 лет с умственной отсталостью беспокоят «угри» на лице. В течение нескольких лет она местно применяла бензоилпероксид, без эффекта. По поводу эпилептических припадков, которые проявились в грудном возрасте, больная принимает фенитоин внутрь. Семейный анамнез по эпилептическим припадкам, высыпаниям на лице и умственной отсталости не отягощен.

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ. Умственное развитие соответствует 7-летнему возрасту. На коже щек и лба симметрично расположенные множественные гиперпигментные куполообразные папулы диаметром 1-8мм, гипопигментное пятно на верхней губе слева, крупное гипопигментное пятно прямоугольной формы на руке, желтовато-розовая бляшка с бугристой поверхностью, напоминающая кожуру апельсина на спине. Ногти не изменены. Осмотр под лампой Вуда выявил множественные гипопигментные пятна-конфетти на голених. Осмотр зубов выявил точечные углубления на эмали.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Какие классические признаки характерны для данного заболевания?
4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.
5. Принципы лечения.

Ответ к задаче №3

1. Туберозный склероз — наследственное заболевание, характеризующееся пороками развития кожи, глаз, ЦНС, сердца, почек, легких и костей
2. Тип наследования — аутосомно-доминантный. В основе 66-75% случаев заболевания лежат спонтанные мутации. Мутантные гены расположены в локусах 9q34 и 16p13. Ген 16p13 кодирует

синтез белка туберина, который участвует в подавлении роста клеток. Большое количество туберина выявляют в нейронах коры головного мозга и в кровеносных сосудах ряда органов, включая почки и кожу (органы, которые чаще всего поражаются при туберозном склерозе). Таким образом, инактивация гена 16p13 ведет к образованию опухолей.

Распространенность туберозного склероза составляет 1 на 10 000, но возможна более высокая распространенность — 1 на 6 000.

3. Классическая триада, описанная в 1908 г, включает ангиофибромы на лице (старое название «аденома сальных желез Прингла»), умственную отсталость и эпилептические припадки. Существует взаимосвязь между сроками возникновения эпилептических припадков и выраженностью умственной отсталости: чем раньше проявляются эпилептические припадки, тем более выражена умственная отсталость. Тем не менее, у 40% больных туберозным склерозом отставания в умственном развитии нет.

4. Дифференциальный диагноз при ангиофиброзах включает трихоэпителиому, сириному, трихолеммому (при кауденовской болезни), милиум, ксантомы, бородавки и обыкновенные угри.

5. Лечение туберозного склероза включает постоянный прием противосудорожных средств, начиная с раннего детского возраста. К тому же эти препараты препятствуют развитию умственной отсталости. Показано обследование и наблюдение для исключения опухолей и пороков развития. При эпилепсии, устойчивой к медикаментозному лечению, показано выявление и хирургическое удаление эпилептогенного очага.

Лечение ангиофибром на лице проводят по косметическим соображениям. При этом результаты лечения не всегда устраивают больных. Применяют срезание скальпелем, направленным по касательной к поверхности кожи, а также дермабразию, электрокоагуляцию и криодеструкцию. Есть сообщения об эффективности лазерной терапии с применением углекислотного лазера и лазера на парах меди.

Задача №4

Мужчина 59 лет около 3-х лет назад перенес трансплантацию печени по поводу печеночной недостаточности, вызванной гепатитом В. Полгода назад он заметил появление медленно прогрессирующих зудящих шелушащихся папул и бляшек на бедре. Семейный анамнез по заболеваниям с подобной клинической картиной не отягощен. Больной получал преднизон, азатиоприн и циклоспорин А.

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ. Общий вид: признаки синдрома Кушинга. На лице, верхней части спины и груди угревидные высыпания. Рубцы на животе. Пять коричневых ороговевших бляшек диаметром 4-14 мм на передней и задней поверхности бедер. Бляшки характеризуются приподнятыми краями и западением в центре.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, СОЭ — в норме. Исследование на ВИЧ отрицательное.

1. Поставьте диагноз.
2. К какой группе заболевания относится данная патология?
3. Характерный гистологический признак заболевания.
4. Какой риск развития злокачественного новообразования на фоне данного заболевания.
5. Тактика ведения и лечения больного.

Ответ к задаче №4

1. Порокератоз Мибелли у больного со сниженным иммунитетом.
2. Порокератоз — заболевание, в основе которого лежит нарушение ороговения кератиноцитов.

3. Характерным гистологическим признаком всех форм порокератоза служит так называемая роговидная пластинка — паракератотический столбик, состоящий из неправильно расположенных роговых клеток с пикнотичными ядрами и пернуклеарным отеком. Заболевание обусловлено патологическим клоном кератиноцитов. Эпидермис, расположенный выше патологического клона кератиноцитов, может быть атрофированным, нормальным, реже с признаками акантоза.
4. Риск развития злокачественного новообразования при порокератозе составляет 25%. На фоне порокератоза могут возникать плоскоклеточный рак, болезнь Боуэна и базальноклеточный рак. Поэтому при порокератозе показано лечение и наблюдение.
5. Лечение порокератоза включает 5-фторурацил местно, ретиноиды местно, криодеструкцию, иссечение, дермабразию и лазерную терапию (применяют углекислотный лазер).

Задача №5

У девочки 6 лет с рождения отмечают ломкость сосудов, появление синяков и кровоподтеков. Беременность протекала нормально. Кроме того, у девочки выявили повышенную растяжимость кожи, плохое заживление ран и рубцы, похожие на папиросную бумагу. Семейный анамнез по заболеваниям с подобными проявлениями не отягощен. Самочувствие ребенка хорошее.

При обследовании. Основные физиологические показатели в норме. Отмечается повышенная растяжимость кожи всего тела, включая щеки и уши. Множественные экхимозы на ногах и ягодицах. Множественные атрофические рубцы на локтях и коленях. Повышенная подвижность межфаланговых суставов. Аускультация сердца: патологических шумов нет. Других патологических изменений не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию.
3. Осложнения данного заболевания.
4. Какое лечение целесообразно назначить?
5. Профилактика данного дерматоза.

Ответ к задаче №5

1. Синдром Элерса-Данло.
2. Синдром Элерса-Данло представляет собой гетерогенную группу заболеваний, в основе которых лежит наследственное нарушение синтеза коллагена. Синдром Элерса-Данло проявляется повышенной растяжимостью кожи (при этом она быстро возвращается к исходному состоянию), ранимостью кожи, ломкостью сосудов и повышенной подвижностью суставов.
3. Разрыв крупных сосудов, перфорация кишечника, осложнения беременности. пневмоторакс, вывих бедра, сколиоз, варикозное расширение вен, паховая грыжа, дивертикулез, отслойка сетчатки, другая тяжелая патология глаз.
4. Лечение синдрома Элерса-Данло включает раннее выявление и незамедлительное лечение возможных осложнений. Для выявления аневризм применяют эхокардиографию и компьютерную томографию. Инвазивные методы исследования противопоказаны. При лечении сосудистых осложнений желателен пользоваться нехирургическими методами. Если говорить о хирургическом лечении, то у таких больных перевязка сосуда предпочтительнее реконструктивных операций. В случае перфорации кишечника или тяжелого желудочно-кишечного кровотечения колонэктомия в сочетании с илеостомией
5. Для профилактики травм и ранений у детей с синдромом Элерса-Данло эффективны защитные щитки, как у спортсменов. Кроме того, таким больным показан витамин С внутрь.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Опрос, осмотр и оформление истории болезни.
2. План обследования больного.
3. Анализировать, оценивать клинические, иммунологические и биохимические исследования.
4. Выписать, оформить рецепты на основные лекарственные средства.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Диагностика наследственных дерматозов.
2. Классификация наследственных дерматозов.
3. Алгоритм обследования больных наследственными дерматозами.
4. Клиническая характеристика наследственных дерматозов.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева,	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

		А.М. Бекетов.			
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				
11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №28
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Опухоли кожи. Тактика ведения больных
онкологическими заболеваниями кожи»**

Индекс темы ОД.О.01.1.2.28

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор _____

Составитель:

к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема: «Опухоли кожи. Тактика ведения больных онкологическими заболеваниями кожи»

2. Формы работы:

- Анализ статистических и фактических материалов, составление выводов на основе проведенного анализа.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиопатогенетические факторы развития опухолей кожи.
2. Классификация опухолей кожи.
3. Диагностика опухолей кожи.
4. Тактика ведения больных онкологическими заболеваниями кожи.
5. План обследования и лечения больных с опухолями кожи.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ДЛЯ КЕРАТОАКАНТОМЫ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- а) начало с шаровидного узла
- б) быстрый центральный распад с образованием блюдцеобразной опухоли
- в) отторжение распадающихся масс с одновременным уплощением опухоли
- г) образование депигментированного звездчатого рубца не позднее 3 месяцев с начала заболевания
- д) изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров

Правильный ответ: д

2. К ПРЕДРАКОВЫМ НОВООБРАЗОВАНИЯМ КОЖИ ОТНОСИТСЯ:

- а) невусы
- б) дерматофиброма
- в) меланома
- г) болезнь Боуэна
- д) липома

Правильный ответ: г

3. БОЛЕЗНЬ БОУЭНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- а) наибольшей злокачественностью;
- б) возникает чаще у мужчин;
- в) локализуется в основном в области мягкого неба, на языке;
- г) плохим прогнозом;
- д) долгим течением

Правильный ответ: а

4. ДЛЯ БОРОДАВЧАТОГО ПРЕДРАКА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- а) низкая потенциальная злокачественность;
- б) возникновение преимущественно на нижней губе;

- в) плотноватая консистенция;
 - г) напоминает бородавку;
 - д) расположение на внешне не измененной красной кайме губ.
- Правильный ответ: а

5. ОГРАНИЧЕННЫЙ ПРЕДРАКОВЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ:

- а) обычно локализуется на красной кайме верхней губы;
- б) очаг поражения слегка западает;
- в) в возникновении основное значение принадлежит инсоляции и травме;
- г) может возникнуть на месте простого пузырькового лишая;
- д) необходимо отличать от красной волчанки.

Правильный ответ: а

6. ДЛЯ АБРАЗИВНОГО ПРЕКАНКРОЗНОГО ХЕЙЛИТА МАНГАНОТТИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- а) хроническое течение;
- б) возникновение вследствие трофических нарушений тканей;
- в) появление одной, реже двух эрозий;
- г) отличие от эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая;
- д) локализация на красной кайме верхней губы

Правильный ответ: д

7. ЛЕЙКОПЛАКИЯ БЫВАЕТ:

- а) плоская, пигментная;
- б) веррукозная, эрозивная, плоская, курильщиков, мягкая;
- в) только эрозивная;
- г) язвенная, веррукозная, ограниченная;
- д) генерализованная.

Правильный ответ: в

8. ЛЕЙКОПЛАКИЮ НЕОБХОДИМО ОТЛИЧАТЬ ОТ:

- а) красной волчанки;
- б) красного плоского лишая;
- в) сифилитических папул;
- д) лейшманиоза.

Правильный ответ: в

9. ДЛЯ КЕРАТОАКАНТОМЫ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- а) воронкообразное углубление в центре узелкового образования;
- б) быстрый рост;
- в) медленный рост;
- г) локализация обычно на губах и языке;
- д) редкое озлокачествление.

Правильный ответ: а

10. ПРЕДРАКОВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ:

- а) невусы
- б) дерматофиброма
- в) меланома
- г) болезнь Боуэна
- д) липома

Правильный ответ: г

5.Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

К дерматологу обратился больной 65 лет с жалобами на появление образования на тыле кисти. ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 3-х лет. Отмечал появление красного шелушащегося пятна на тыле правой кисти, которое со временем увеличилось в размерах, приобрело шероховатую поверхность.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На тыле правой кисти бляшка красного цвета, диаметром до 5 см, покрытая плотно прилегающими, потрескавшимися чешуйками.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Диагностика заболевания.
5. Лечение

Ответ к задаче №1

1. Болезнь Боуэна.
2. Болезнь Боуэна – внутриэпидермальный (in situ) рак кожи, который развивается из кератиноцитов кожи и слизистых оболочек. Это поверхностный вариант плоскоклеточного рака.
3. С псориазом, поверхностным базально – клеточным раком, себорейным кератозом, экземой.
4. Клинический диагноз должен быть подтвержден биопсией.
5. Экцизия, кюретаж, криохирургия, местный 5-фторурацил.

Задача №2

Больной, И., 67 лет, направлен на гистологическое исследование кожи с д/з: ДКВ. Высыпания существуют в течении 6 мес, получал наружно гормональную мазь в течении 1,5 мес, без эффекта.

Объективно: На коже шеи справа пятно округлой формы с четкими границами розово-красного цвета, с легкой атрофией и телеангиоэктазиями на поверхности.

Проведена диагностическая биопсия с очага: Из эпидермиса спускаются в дерму комплексы опухолевых клеток с мелкими базофильными ядрами, по периферии комплексов - клетки выстроены палисадообразно.



1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дать определение.
3. С какими кожными заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Какие лабораторные методы исследования используют для диагностики этого заболевания?
5. Лечение.

Ответ к задаче №2

1. Поверхностная форма базалиомы.
2. Базалиома — опухоль из базального слоя эпителия кожи, одна из разновидностей рака кожи. Развивается из атипичных базальных клеток эпидермиса и фолликулярного эпителия.
3. Дискоидная красная волчанка, красный плоский лишай.
4. Цитологическое исследование скарификата с поверхности базалиомы и выявление базалоидных клеток.
5. Лечение зависит от размера, формы БКР и возраста больного: иссечение опухоли в пределах здоровых тканей, лазерная терапия, криотерапия, наружная химиотерапия.

Задача №3

К дерматологу обратился подросток 12 лет с жалобами на образование на волосистой части головы. Очаг на голове существует с рождения. За последние 3 года увеличился в размере, стал беспокоить.

При осмотре на волосистой части головы овальная бляшка желтого цвета, диаметром до 3,0 см. Поверхность бляшки неровная, шероховатая, волосы отсутствуют.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию.
3. Течение заболевания.
4. Какие опухоли могут развиваться в пределах этого образования?
5. Лечение заболевания.

Ответ к задаче №3:

1. Невус сальных желез
2. Невус сальных желез - это характерный врожденный очаг на голове (обычно волосистой части), который состоит из кожи и компонентов ее придатков.
3. Почти все очаги заболевания присутствуют с рождения или появляются в раннем детстве. В возрасте полового созревания увеличиваются и подвергаются изменениям.
4. Доброкачественная апокринная опухоль (встречается в 20% очагов), базально – клеточный рак (в 7% очагов).
5. Рекомендуются полная эксцизия всего очага.

Задача №4

У женщины, которой сейчас 32 года, при рождении выявили плоскую коричневую бляшку на спине. В грудном возрасте в пределах очага поражения возникло множество темно-коричневых пятен. Недавно одно из таких мелких пятен стало темнеть и увеличиваться. Самочувствие больной хорошее.

При обследовании. На коже спины четко отграниченное светло-коричневое пятно, в пределах которого множество темно-коричневых пятен и папул. Лимфоузлы не увеличены. Признаков гепатоспленомегалии нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Типичная локализация заболевания.

3. Что выявляет биопсия при этом заболевании?
4. Какие методы лечения в настоящее время не применяются?
5. Какое лечение проводится?

Ответ к задаче №4

1. Пятнистый невус (синоним: nevus spilus) — относительно распространенное пигментное образование, которое выявляют примерно у 3% взрослых.
2. Как правило, процесс локализуется на лице, туловище и проксимальных отделах конечностей.
3. Биопсия светло-коричневого пятна, на фоне которого развиваются множественные мелкие пятна, при пятнистом невусе выявляет признаки юношеского лентиго.
Биопсия множественных мелких пятен при пятнистом невусе выявляет признаки пограничных невоклеточных невусов, реже — сложных или диспластических невоклеточных невусов.
4. При пятнистом невусе, учитывая возможность озлокачествления, показано наблюдение. Если пятнистый невус приводит к косметическому дефекту, ранее применяли лазерную терапию (рубиновый лазер) или криотерапию жидким азотом. В настоящее время эти методы противопоказаны.
5. При подозрении на меланому показана биопсия. Кроме того, при пятнистом невусе показано ограничение инсоляции.

Задача №5

У мальчика, которому сейчас 1 месяц, при рождении выявили крупную темно-коричневую бляшку на правом предплечье и кисти, и три подобные бляшки меньших размеров на проксимальных отделах той же руки. Беременность протекала нормально. Роды без осложнений. Общее состояние ребенка удовлетворительное.

При обследовании. Основные физиологические показатели в норме. Неврологическое обследование без патологии. На коже от кончиков пальцев правой руки до середины предплечья, включая ладонь (по типу «перчатки») темно-коричневая бляшка. Три подобные круглые бляшки меньших размеров на проксимальных отделах той же руки. Лимфоузлы не увеличены.

1. Поставьте диагноз
2. Какие разновидности заболевания выделяют в зависимости от размера образования?
3. Как часто для данного заболевания характерен риск развития меланомы?
4. Сочетание каких патологий называют нейродермальным меланозом?
5. Принципы лечения заболевания

Ответ к задаче №5

1. Врожденный невоклеточный невус.
2. В зависимости от размера выделяют гигантский врожденный невоклеточный невус (диаметр более 20 см), заболеваемость составляет 1 на 20 000 новорожденных; средний врожденный невоклеточный невус (диаметр 2-20 см), заболеваемость составляет 0,6% новорожденных; и мелкий врожденный невоклеточный невус (диаметр менее 2 см), заболеваемость составляет 1% новорожденных.
3. Риск развития меланомы из гигантского врожденного невоклеточного невуса в течение жизни составляет 5-15%. При этом риск меланомы выше в возрасте до 10 лет. Риск развития меланомы из мелкого врожденного невоклеточного невуса в течение жизни составляет 0,8-4,9%. В этом случае риск меланомы выше после пубертатного возраста. Риск развития меланомы из гигантского врожденного невоклеточного невуса зависит от локализации невуса. Наиболее высокий риск меланомы ассоциируется с локализацией врожденного

невоклеточного невуса на туловище. Гигантский врожденный невоклеточный невус, локализованный на конечностях, характеризуется низким риском развития меланомы. Еще не было описано ни одного случая развития меланомы из мелких врожденных невоклеточных невусов, сопутствующих гигантскому врожденному невоклеточному невусу. Кроме того, гигантский врожденный невоклеточный невус может вызывать поражение подлежащих тканей и костей. Врожденные невоклеточные невусы могут приводить к выраженным косметическим дефектам.

4. Нейродермальным меланозом называют сочетание гигантского врожденного невоклеточного невуса с поражением мягкой и паутинной мозговых оболочек. Возможно поражение ЦНС. При появлении неврологической симптоматики прогноз неблагоприятный. Нейродермальным меланоз чаще всего бывает при локализации гигантского врожденного невоклеточного невуса на голове, шее, спине и ягодицах, а также при его сочетании с мелкими врожденными невоклеточными невусами. Неврологическая симптоматика может быть обусловлена внутрочерепной компрессией или обструкцией, позвоночными расщелинами, менингоцеле. Возможны эпилептические припадки.

5. Единого подхода к лечению врожденного невоклеточного невуса пока нет. Учитывая высокий риск меланомы, гигантские врожденные невоклеточные невусы следует удалять. При больших размерах невуса перед операцией кожу предварительно растягивают с помощью подкожных пластиковых баллончиков. Возможно поэтапное иссечение. При любом врожденном невоклеточном невусе показано наблюдение, при подозрении на меланому необходима биопсия. При гигантском врожденном невоклеточном невусе, локализованном на голове, шее, спине и ягодицах, показана магнитно-резонансная томография для исключения нейродермального меланоза. Лечение последнего пока не разработано. Хотя дермабразия и кюретаж эффективно устраняют косметические дефекты, после них сохраняется риск развития меланомы из оставшихся в глубокой части дермы невусных клеток. Более того, рубцы после этих методов затрудняют выявление меланомы, приводя к поздней диагностике.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Опрос, осмотр и оформление истории болезни.
2. План обследования больного.
3. Анализировать, оценивать клинические, иммунологические и биохимические исследования.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Этиопатогенетические факторы развития опухолей кожи.
2. Меланома кожи. Современные методы лечения.
3. Ретиноиды в лечении кератоакантом.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				
11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №29
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

ТЕМА: «Предраковые заболевания кожи»

Индекс темы ОД.О.01.1.2.29

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема: «Предраковые заболевания кожи»

2. Формы работы:

- Проработка учебного материала по учебной и научной литературе.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиопатогенетические факторы развития предраковых заболеваний кожи.
2. Классификация предраковых заболеваний кожи.
3. Диагностика предраковых заболеваний кожи.
4. План обследования и лечения больных с предраковыми заболеваниями кожи.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ТРАНСФОРМАЦИЯ ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА В ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ МЕЛАНому НЕ МОЖЕТ ПРОЯВИТЬСЯ:

- а) неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса
- б) увеличением или неравномерностью пигментации
- в) увеличением или неравномерностью плотности
- г) изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров
- д) быстрый центральный распад с образованием блюдцеобразной опухоли

Правильный ответ: д

2. ДЛЯ КЕРАТОАКАНТОМЫ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- а) начало с шаровидного узла
- б) быстрый центральный распад с образованием блюдцеобразной опухоли
- в) изъязвление, кровоточивость, увеличение размеров
- г) отторжение распадающихся масс с одновременным уплощением опухоли
- д) образование депигментированного звездчатого рубца не позднее 3 месяцев с начала заболевания

Правильный ответ: в

3. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ КАК ПРЕДРАКОВЫЕ:

- а) невусы
- б) дерматофиброма
- в) меланома
- г) болезнь Боуэна
- д) липома

Правильный ответ: г

4. ПРОФИЛАКТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ НЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- а) лечение предрака
- б) исключение повторного лечения лучами Рентгена
- в) ограничение применения мышьяка

г) перенапряжение

д) диспансерное наблюдение за работающими с углеводородами (продуктами перегонки нефти, угля, сланцев

Правильный ответ: г

5. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА:

а) заболевание поражает околосоковые зоны молочных желез

б) заболевание иногда сопровождается зудом и жжением

в) развивается медленно

г) быстро прогрессирует

д) очаг поражения четко отграничен, имеет экземоподобный вид

Правильный ответ: г

6. К ФАКУЛЬТАТИВНЫМ ФОРМАМ ПРЕДРАКА КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ НЕ ОТНОСЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

а) лейкоплакия;

б) постлучевой хейлит;

в) бородавчатый предрак;

г) эрозивно-язвенная форма красной волчанки;

д) Хейлит актинический

Правильный ответ: в

7. БОЛЕЗНЬ БОУЭНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

а) наибольшей злокачественностью;

б) возникает чаще у мужчин;

в) локализуется в основном в области мягкого неба, на языке;

г) плохим прогнозом;

д) увеличением или неравномерностью пигментации

Правильный ответ: а

8. ДЛЯ БОРОДАВЧАТОГО ПРЕДРАКА НЕ ХАРАКТЕРНО:

а) обладает низкой потенциальной злокачественностью;

б) возникает преимущественно на нижней губе;

в) имеет плотноватую консистенцию;

г) напоминает бородавку;

д) располагается на внешне не измененной красной кайме губ.

Правильный ответ: а

9. ОГРАНИЧЕННЫЙ ПРЕДРАКОВЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ:

а) обычно локализуется на красной кайме верхней губы;

б) очаг поражения слегка западает;

в) в возникновении основное значение принадлежит инсоляции и травме;

г) может возникнуть на месте простого пузырькового лишая;

д) необходимо отличать от красной волчанки.

Правильный ответ: а

10. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К АБРАЗИВНОМУ ПРЕКАНКРОЗНОМУ ХЕЙЛИТУ МАНГАНОТТИ:

- а) имеет хроническое течение;
 - б) в возникновении играют роль трофические нарушения тканей;
 - в) характеризуется появлением одной, реже двух эрозий;
 - г) напоминает бородавку
 - д) необходимо отличать от эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая;
- Правильный ответ: г

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

На прием к стоматологу обратился мужчина 59 лет с жалобами на появление уплотнения на нижней губе.

ИЗ АНАМНЕЗА. Несколько месяцев назад заметил на красной кайме нижней губы появление безболезненного уплотнения, покрытого тонкими плотно сидящими чешуйками. Не лечился. При попытке снять роговые чешуйки отмечал небольшое кровотечение.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На красной кайме нижней губы, сбоку от центра, резко ограниченный участок уплотнения полигональной формы, размером 1,5 x 1,8 см. Поверхность очага покрыта тонкими, плотно сидящими чешуйками серовато-белого цвета.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Течение заболевания.
4. Признаки озлокачествления заболевания.
5. Лечение.

Ответ к задаче №1

1. Бородавчатый предрак.
2. Ведущая роль в возникновении бородавчатого предрака принадлежит солнечной инсоляции и термической травме.
3. Довольно быстрое течение озлокачествления может произойти спустя 1 -2 месяца после начала заболевания.
4. Внезапное увеличение размеров поражения, усиление ороговения, появление уплотнения в основании, эрозирование или изъязвление элемента.
5. Показано хирургическое удаление участка поражения в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием

Задача №2

К дерматологу обратился больной 46 лет с жалобами на появление образования на коже носа, сопровождающееся кровоточивостью.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больным себя считает в течение года. К врачу не обращался. Не лечился.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. На крыле носа справа очаг поражения, представляет собой перламутрово-белую, куполообразную папулу, в центре покрытую геморрагической корочкой. По периферии папулы приподнятый валик.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию
3. Что является типичным для данного заболевания?

4. Перечислите клинические варианты заболевания
5. Течение и прогноз заболевания.

Ответ к задаче №2

1. Узелковый базально – клеточный рак.
2. Базально – клеточный рак - самая распространенная злокачественная опухоль кожи у людей.
3. Типичен местный инвазивный рост и деструктивный характер, растет опухоль обычно медленно и редко метастазирует. Является наиболее распространенным вариантом базалиомы.
4. Узелковый, пигментированный, поверхностный, микроузелковый, склеродермоподобный.
5. Без лечения процесс персистирует, изъязвляется и инвазирует, разрушая окружающие структуры.

Задача №3

К дерматологу обратился больной 65 лет с жалобами на появление образования на тыле кисти. ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 3-х лет. Отмечал появление красного шелушащегося пятна на тыле правой кисти, которое со временем увеличилось в размерах, приобрело шероховатую поверхность.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На тыле правой кисти бляшка красного цвета, диаметром до 5 см, покрытая плотно прилегающими, потрескавшимися чешуйками.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Диагностика заболевания.
5. Лечение

Ответ к задаче №3

1. Болезнь Боуэна.
2. Болезнь Боуэна – внутриэпидермальный (in situ) рак кожи, который развивается из кератиноцитов кожи и слизистых оболочек. Это поверхностный вариант плоскоклеточного рака.
3. С псориазом, поверхностным базально – клеточным раком, себорейным кератозом, экземой.
4. Клинический диагноз должен быть подтвержден биопсией.
5. Экцизия, кюретаж, криохирургия, местный 5-фторурацил.

Задача №4

К дерматологу обратился подросток 12 лет с жалобами на образование на волосистой части головы.

Очаг на голове существует с рождения. За последние 3 года увеличился в размере, стал беспокоить.

При осмотре на волосистой части головы овальная бляшка желтого цвета, диаметром до 3,0 см. Поверхность бляшки неровная, шероховатая, волосы отсутствуют.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию.
3. Течение заболевания.
4. Какие опухоли могут развиваться в пределах этого образования?
5. Лечение заболевания.

Ответ к задаче №4

1. Невус сальных желез
2. Невус сальных желез - это характерный врожденный очаг на голове (обычно волосистой части), который состоит из кожи и компонентов ее придатков.

3. Почти все очаги заболевания присутствуют с рождения или появляются в раннем детстве. В возрасте полового созревания увеличиваются и подвергаются изменениям.
4. Доброкачественная апокринная опухоль (встречается в 20% очагов), базально – клеточный рак (в 7% очагов).
5. Рекомендуется полная эксцизия всего очага.

Задача №5

У девочки 10 лет около 1 года назад на нижней губе возник красный мягкий легко ранимый узел. Узел кровоточил даже при незначительно травматизации зубной щеткой и при еде. Узел был иссечен, но быстро вырос до прежних размеров.

При обследовании. В центре нижней губы темно-красный мягкий узел диаметром 1см на толстой ножке, окруженный «воротничком» отслоенного эпидермиса. Лимфоузлы не увеличены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Укажите типичную локализацию данного заболевания
3. Как часто встречается рецидивирующая форма заболевания с вторичными очагами поражения?
4. Проведите дифференциальный диагноз данного дерматоза.
5. Лечение заболевания.

Ответ к задаче №5

1. Пиогенная гранулема (телеангиэктатическая гранулема) представляет собой доброкачественную опухоль, исходящую из капилляров.
2. Типичная локализация — лицо и пальцы рук, но возможна любая локализация. Пиогенная гранулема нередко возникает на слизистой оболочке рта, чаще всего на деснах.
3. Рецидивирующая пиогенная гранулема с вторичными очагами поражения (так называемый синдром Warner и Wilson-Jones) встречается редко. Он возникает после иссечения или травмирования пиогенной гранулемы. Этот синдром представляет собой доброкачественное заболевание, но может вызвать серьезные беспокойства больного из-за своего «злокачественного» вида. Синдром Warner и Wilson-Jones чаще всего наблюдают у детей на туловище и в области лопатки.
4. Дифференциальный диагноз проводят с беспигментной меланомой, ранними стадиями саркомы Калоши, ангиосаркомой, гемангиомой, избыточным ростом грануляционной ткани и старческой гемангиомой.
5. Лечение сводится к отсечению скальпелем верхней части опухоли и электрокоагуляции основания. Метод предполагает местную анестезию. Другие методы лечения включают криодеструкцию, лазерную терапию (применяют импульсный лазер на красителях). Иссечение с последующим наложением швов при этом заболевании не рекомендуют.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Составить план обследования больного.
2. Опрос, осмотр и оформление истории болезни.
3. Анализировать, оценивать клинические, иммунологические и биохимические исследования.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Тактика ведения больных предраковыми заболеваниями кожи.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		

2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				
11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №30
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

ТЕМА: «Этиология и патогенез сифилиса»

Индекс темы ОД.О.01.1.2.30

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ____ от « ____ » _____ 2018г.

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор _____

Составитель:

к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема «Этиология и патогенез сифилиса»

2. Формы работы:

- Проработка учебного материала по учебной и научной литературе.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиология сифилиса.
2. Патогенез сифилиса.
3. Классификация сифилиса.
4. Общее течение сифилиса.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. БЛЕДНАЯ ТРЕПОНЕМА ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ СУЩЕСТВОВАНИЯ:

- а) спиралевидную;
- б) тетракокковую;
- в) шаровидную;
- г) треугольную;
- д) бобовидную.

Правильный ответ: а

2. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА ДОМИНИРУЮЩЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ФОРМА БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ:

- а) инцистированная;
- б) спиралевидная;
- в) зернистая;
- г) L-форма;
- д) делящаяся.

Правильный ответ: б

3. ПРИ СКРЫТОМ ПОЗДНЕМ СИФИЛИСЕ ДОМИНИРУЮЩЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ФОРМА БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ:

- а) спиралевидная;
- б) зернистая;
- в) инцистированная;
- г) L-форма;
- д) в стадии деления.

Правильный ответ: в

4. ЧИСЛО ВИТКОВ У КУЛЬТУРНЫХ ШТАММОВ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ ОБЫЧНО:

- а) 4-6;
- б) 6-8;
- в) 8-10;
- г) 10-12;

д) 12 и более.

Правильный ответ: д

5. ПЕНИЦИЛЛИН ПО МЕХАНИЗМУ СВОЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НАИБОЛЕЕ АКТИВЕН В ОТНОШЕНИИ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ:

- а) спиралевидной формы;
- б) инцистированной формы;
- в) растущей формы;
- г) L-форма;
- д) зернистой формы.

Правильный ответ: а

6. ЦИСТЫ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) неживыми организмами;
- б) живыми организмами;
- в) дегенеративными организмами;
- г) размножающимися;
- д) движущимися.

Правильный ответ: б

7. ДЛЯ ИНФИЛЬТРАТА В ОСНОВАНИИ ТВЕРДОГО ШАНКРА В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ХАРАКТЕРНО:

- а) меньшая его выраженность;
- б) большая его выраженность;
- в) изменений не наблюдается;
- г) большая площадь;
- д) меньшая площадь.

Правильный ответ: а

8. РЕГИОНАРНЫЙ СКЛЕРАДЕНИТ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СИФИЛИСОМ РАЗВИВАЮТСЯ:

- а) еще до появления до твердого шанкра;
- б) одновременно с появлением твердого шанкра;
- в) спустя 5-9 дней после появлением твердого шанкра;
- г) спустя 10-12 дней после появлением твердого шанкра;
- д) спустя 14-15 дней после появлением твердого шанкра.

Правильный ответ: в

9. ПРИ ВТОРИЧНОМ СИФИЛИСЕ ИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ:

- а) пигментные;
- б) пятнистые;
- в) пустулезные;
- г) бугорковые;
- д) гуммозные.

Правильный ответ: б

10. ПРИ РЕГРЕССЕ ПАПУЛЕЗНЫХ СИФИЛИДОВ ВОЗНИКАЮЩЕЕ ШЕЛУШЕНИЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ:

- а) от периферии к центру;
- б) от центра к периферии;
- в) по всей поверхности папулы;
- г) по правой половине папулы;
- д) по левой половине папулы.

Правильный ответ: б

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

На прием обратился больной 25 лет, с жалобами на увеличение миндалины справа.

ИЗ АНАМНЕЗА: считает себя больным около 9-ти дней. Сразу не обратил внимание на то, что увеличилась миндалина, и только когда почувствовал дискомфорт при глотании, пробовал лечиться сам - полоскал горло настоем ромашки и шалфея, эффекта от лечения не было и больной обратился к врачу. Ведет беспорядочную половую жизнь. Сопутствующих заболеваний нет.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре полости рта и миндалин отмечается одностороннее значительное увеличение миндалины справа. Миндалина имеет медно-красный цвет, безболезненная и плотная при пальпации. Подчелюстные лимфатические узлы справа увеличены до размеров фасоли, подвижные, плотно-эластической консистенции, не спаяны с окружающей тканью, безболезненные.

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать процесс у данного больного?
4. Наметьте план лечебных мероприятий.
5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

Ответ к задаче №1.

1. Первичный сифилис других локализаций.
2. Серологические реакции на сифилис.
3. Ангина, абсцесс миндалины.
4. Лечение антибиотиками согласно протокола.
5. Клинико-серологический контроль согласно протокола.

Задача №2

На прием обратился больной 28 лет с жалобами на отечность, болезненность и невозможность обнажить головку полового члена, выделение желтого цвета из препуциального мешка.

ИЗ АНАМНЕЗА: заболевание началось 3 дня назад с покраснения и отека кожи полового члена. Самолечением не занимался, на головке члена отмечал язвочку размером с горошину. Женат, имеет ребенка. Работа связана с частными командировками. Сопутствующих заболеваний нет.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре кожа полового члена ярко-розового цвета, отечна, болезненна. Крайняя плоть не заворачивается за головку полового члена. Отверстие

препуциального мешка сужено, из него выделяется жидкий гной. Паховые лимфатические узлы справа увеличены 1,5x2,0 см, безболезненны, плотно-эластической консистенции, подвижные, не спаяны с окружающей тканью.

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.
2. Какие необходимо провести дополнительные исследования для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать процесс у данного больного?
4. Ваша тактика по обследованию и лечению больного?
5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

Ответ к задаче №2.

1. Первичный сифилис половых органов.
2. Серологические реакции на сифилис.
3. Шанкриформная пиодермия, эрозивно-язвенный баланопостит, раковая язва.
4. Лечение антибиотиками согласно протокола.
5. Клинико-серологический контроль согласно протокола.

Задача №3

На прием к врачу-дерматологу из участковой поликлиники направлена больная 25 лет, работник общепита, с жалобами на высыпания красного цвета на коже туловища.

ИЗ АНАМНЕЗА: два дня назад обратилась в участковую поликлинику с жалобами на осиплость голоса. При осмотре врач обнаружил покраснение горла и назначил полоскание раствором фурацилина и таблетки ампицилина внутрь. После первых приемов ампицилина поднялась температура до 38⁰С, беспокоила головная боль и сильная слабость, на коже туловища появилась обильная и яркая сыпь. Больная вновь обратилась к врачу, ей отменили ампицилин, назначили таблетки супрастина по 1x3 в день и рекомендовали обратиться к дерматологу.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже туловища многочисленные розеолезные высыпания, округлых очертаний, с резкими границами, розово-красного цвета, не склонные к слиянию, не шелушатся, при диаскопии не исчезают. При осмотре полости рта - процесс носит двусторонний характер - дужки, миндалины, мягкое небо застойно-красного цвета, отечны, границы поражения четкие. Доступные пальпации лимфоузлы увеличены, безболезненные, плотно-эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать процесс у данной больной?
4. Наметьте план лечебных мероприятий.
5. Рекомендации больной после клинического выздоровления.

Ответ к задаче №3.

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. Серологические реакции на сифилис.
3. Тонзиллит, ларингит. Токсикодермия, розовый лишай Жибера, розела при других инфекциях.
4. Лечение антибиотиками согласно протокола.
5. Клинико-серологический контроль согласно протокола.

Задача №4

На прием к врачу обратился больной, плотник, с жалобами на высыпания в области ладоней, подошв и заднего прохода.

ИЗ АНАМНЕЗА: считает себя больным около недели, когда впервые появились высыпания на ладонях, подошвах и в области заднего прохода. Больной связывает причину заболевания с повышенной потливостью. Самостоятельно не лечился. Не женат, ведет беспорядочную половую жизнь. Злоупотребляет алкоголем.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже ладоней и подошв имеются множественные папулы, не возвышающиеся над общим уровнем кожи, застойно-красного цвета, покрытые скоплениями роговых чешуек. При пальпации определяется выраженная плотность папул. Некоторые из папул сливаются, образуя различной величины бляшки с четкими границами, на поверхности которых имеются плотные роговые массы. Вокруг заднего прохода гипертрофические, эрозированные, мокнущие папулы.

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
4. Наметьте план лечебных мероприятий.
5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

Ответ к задаче №4.

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
 2. Серологические реакции на сифилис.
 3. Псориаз, бородавки ладоней и подошв. Остроконечные кондиломы, геморроидальные узлы.
 4. Лечение антибиотиками согласно протокола.
 5. Клинико-серологический контроль согласно протокола.

Задача №5

На прием к врачу обратилась больная 20 лет, секретарь-машинистка с жалобами на выпадение волос на голове и бровях, высыпания на коже туловища и в полости рта, осиплость голоса.

ИЗ АНАМНЕЗА: впервые обратила внимание на выпадение волос 10 дней назад. Волосы выпадают очагами. Раньше волосы выпадали, но не сильно и только после покраски. Кроме этого, на коже туловища имеется сыпь, по поводу которой обращалась к терапевту по месту жительства, врач поставил диагноз “токсикодермия неясного генеза”, назначил диазолин по 1х3 в день. Через неделю количество высыпаний не уменьшилось. Появилась осиплость голоса и врач рекомендовал обратиться к дерматологу.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже волосистой части головы в области затылка и висков имеются многочисленные мелкие очаги поредения и выпадения волос, округлых очертаний, без воспалительных явлений и шелушения в них. На коже туловища немногочисленные лентиккулярные и нумулярные папулы, имеющие по периферии шелушащийся ободок. При осмотре слизистой полости рта видны папулы - плотные, округлой формы, безболезненные, резко ограниченные от нормальной слизистой оболочки, серовато-белого цвета с узким гиперемизированным венчиком по периферии. Папулы почти не выступают над окружающей слизистой оболочкой.

1. Ваш диагноз и его обоснование?

2. Какие необходимо провести дополнительные исследования для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
4. Ваша тактика и план лечения данной больной.
5. Рекомендации больной после клинического выздоровления.

Ответ к задаче №5.

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
 2. Серологические реакции на сифилис.
 3. Псориаз, красный плоский лишай, очаговое облысение. Ларингит, красный плоский лишай на слизистой полости рта, кандидозный стоматит.
 4. Лечение антибиотиками согласно протокола.
 5. Клинико-серологический контроль согласно протокола.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Консультирование больных сифилисом.
2. Методики забора материала для лабораторного исследования на сифилис.
3. Обнаружение бледной трепонемы в темном поле зрения.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Классификация сифилиса по МКБ-Х.
2. Этиология сифилиса. Формы существования бледной трепонемы.
3. Иммуногенез сифилиса.
4. Общее течение сифилитической инфекции. Варианты течения сифилитической инфекции.
5. Латентный сифилис.
6. Злокачественный (гиперманифестный) сифилис.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа:	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ		

			2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				

11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №31
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Клинические проявления заразных форм сифилиса»
Индекс темы ОД.О.01.1.2.31**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ____ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема: «Клинические проявления заразных форм сифилиса»

2. Формы работы:

- Подготовка к клиническому разбору больных.
- Написание истории болезни.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Клиника первичного сифилиса.
2. Клиника вторичного сифилиса.
3. Клиника третичного сифилиса.
4. Сифилис и беременность.
5. Клиника врожденного сифилиса.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ТВЕРДОГО ШАНКРА:

- 1) генитальные
- 2) эзофагальные
- 3) подмышечные
- 4) ягодичные
- 5) слизистые

Правильный ответ: 1

2. К АТИПИЧНЫМ ТВЕРДЫМ ШАНКРАМ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) индуративный отек
- 2) широкие кондиломы
- 3) эктима
- 4) фликтена
- 5) баланит

Правильный ответ: 1

3. ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА НАЧИНАЕТСЯ С МОМЕНТА ЗАРАЖЕНИЯ:

- 1) через 1 месяц
- 2) через 2-3 месяца
- 3) через 5-6 месяцев
- 4) через 6-8 месяцев
- 5) через 1 год

Правильный ответ: 2

4. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ПУСТУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА ОТНОСИТСЯ:

- 1) псориазиформный сифилид
- 2) импетигиозный
- 3) себорейный сифилид

- 4) узловатый
- 5) широкие кондиломы

Правильный ответ: 2

5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ РОЗЕОЛЕЗНОГО СИФИЛИДА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:

- 1) с токсикодермией
- 2) с псориазом
- 3) с красным плоским лишаем
- 4) с экземой
- 5) с контагиозным моллюском

Правильный ответ: 1

6. ПАПУЛЕЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА НА КОЖЕ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- 1) с красным плоским лишаем
- 2) с парафимозом
- 3) с отрубевидным лишаем
- 4) с экземой
- 5) с пузырчаткой

Правильный ответ: 1

7. СИФИЛИТИЧЕСКАЯ ЛЕЙКОДЕРМА ВОЗНИКАЕТ ВО ВРЕМЯ:

- 1) вторичного рецидивного сифилиса
- 2) первичного серонегативного сифилиса
- 3) первичного серопозитивного сифилиса
- 4) инкубационного периода
- 5) через 1 неделю после появления твердого шанкра

Правильный ответ: 1

8. СИФИЛИТИЧЕСКАЯ МЕЛКООЧАГОВАЯ АЛОПЕЦИЯ ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ:

- 1) 6 месяцев после заражения
- 2) 1 неделю после заражения
- 3) 1 месяц после заражения
- 4) 2 месяца после заражения
- 5) 1 неделю после появления твердого шанкра

Правильный ответ: 1

9. РАЗНОВИДНОСТИ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ОБЛЫСЕНИЯ:

- 1) мелкоочаговое, диффузное, смешанное
- 2) мелкоочаговое, язвенно-некротическое, трихофитоидное
- 3) язвенно-некротическое
- 4) диффузное
- 5) трихофитоидное

Правильный ответ: 1

10. СИФИЛИТИЧЕСКАЯ АНГИНА БЫВАЕТ:

- 1) эритематозная
- 2) лакунарная
- 3) очаговая
- 4) разлитая
- 5) фолликулярная

Правильный ответ: 1

11. ХАРАКТЕРНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА:

- 1) узел, бугорок
- 2) папула, волдырь
- 3) везикула, пятно
- 4) пустула

Правильный ответ: 1

12. ПУТИ ЭВОЛЮЦИИ ГУММЫ:

- 1) изъязвление, замещение фиброзной тканью
- 2) бесследное исчезновение
- 3) вегетация
- 4) лихенификация
- 5) нет верного ответа

Правильный ответ: 1

13. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА:

- 1) пятнистый сифилид
- 2) папулезный сифилид
- 3) серпигинирующие бугорки туловища
- 4) широкие кондиломы
- 5) сифилитическое импетиго

Правильный ответ: 3

14. СИФИЛИТИЧЕСКУЮ ГУММУ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С:

- 1) нейродермитом
- 2) широкими кондиломам
- 3) туберкулезом кожи
- 4) псориазом
- 5) красным плоским лишаем

Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

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

В анамнезе случайная половая связь четыре недели назад.

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

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

Ответ к задаче №1

1. Первичный сифилис половых органов.
2. Язва или эрозия (трещина), правильной геометрической формы (округлая, овальная), плотное в основании, цвет сырого мяса, безболезненность, при покабливании серозное отделяемое.
3. Мягкий шанкр, шанкриформная пиодермия, острая язва Чапина-Липшютца, чесоточная эктима, кожный лейшманиоз, раковая язва, туберкулезная язва, молниеносная гангрена половых органов Фурнье, гонорейные, трихомонадные язвы, травматическая язва.
4. Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, у которых с момента контакта прошло не более 2 месяцев, показано превентивное лечение.

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

5. Специфическое, превентивное, профилактическое, пробное.

Задача №2

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

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

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

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

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

Ответ к задаче №2

1. Первичный сифилис половых органов.
 2. Лабораторные исследования:
 - Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле.
 - РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР.
- Обязательное обследование половых партнеров. Назначение им превентивного или специфического лечения.
3. Мягкий шанкр, шанкриформная пиодермия, острая язва Чапина-Липшютца, чесоточная эктима, кожный лейшманиоз, раковая язва, туберкулезная язва, молниеносная гангрена половых органов Фурнье, гонорейные, трихомонадные язвы, травматическая язва.
 4. Шанкр – амигдалит, шанкр – панариций, индуративный отек.
 5. Обследованию подлежит жена.

Задача №3

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

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

Ответ к задаче №3

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
 2. Проктолог должен был направить больную на консультацию к венерологу.
 3. Лабораторные исследования:
 - Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра при микроскопии в темном поле.
 - РМП, РИФ, ИФА, РПГА.
 - ПЦР.
 4. С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов площиц.
 5. Первичная - работа с группами здоровых людей, предоставление им информации о заболевании с целью изменения их поведения в сторону уменьшения риска инфицирования сифилисом;
- вторичная — скрининговое обследование определенных групп населения, подверженных повышенному риску инфицирования, либо тех групп, в которых заболевание ведет к опасным социальным и медицинским последствиям, а также проведение полноценного специфического лечения с последующим клинико-серологическим наблюдением.
- Индивидуальная профилактика обеспечивается использованием барьерных методов контрацепции (презервативов). После случайной незащищенной половой связи может быть

осуществлена самостоятельно лицом, подвергшимся опасности заражения ИППП. Проводится с помощью индивидуальных профилактических средств (в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией), к которым относятся хлоргексидин биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин и другие.

Задача №4

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

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

Ответ к задаче №4

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов площиц.
3. Сливная, шелушащаяся, возвышающаяся, зернистая.
4. Первичный сифилис
5. Индивидуальная профилактика заболевания обеспечивается использованием барьерных методов контрацепции (презервативов). После случайной незащищенной половой связи может быть осуществлена самостоятельно лицом, подвергшимся опасности заражения ИППП. Проводится с помощью индивидуальных профилактических средств (в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией), к которым относятся хлоргексидин биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин и другие.

Задача №5

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

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

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

Ответ к задаче №5

1. У обоих вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. Источником заражения является больной «А»
3. Сифилис – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, свойственное исключительно человеческому роду, возникающее вследствие заражения или врожденной передачи и поражающее все органы и ткани организма. Источником заражения является больной сифилисом. Инфекция передается половым, бытовым, гемотрансфузионным, трансплацентарным и профессиональным путями

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

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

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

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

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

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

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Опрос, осмотр и оформление истории болезни.
2. Составить план обследования больного.

3. Исследовать отделяемое язв и эрозий на бледную трепонему.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Клиника первичного периода сифилиса. Дифференциальная диагностика первичных сифилидов.
2. Клиника вторичного периода сифилиса. Дифференциальная диагностика вторичных сифилидов.
3. Клиника третичного периода сифилиса. Дифференциальная диагностика третичных сифилидов.
4. Клиника раннего врожденного сифилиса. Дифференциальная диагностика раннего врожденного сифилиса.
5. Клиника позднего врожденного сифилиса. Дифференциальная диагностика позднего врожденного сифилиса.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		

7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				
11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №32
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

ТЕМА: «Диагностика, лечение и профилактика сифилиса»

Индекс темы ОД.О.01.1.2.32

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ____ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема: «Диагностика, лечение и профилактика сифилиса»

2. Формы работы:

- Написание истории болезни.
- Разбор больных.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Основные методы диагностики сифилиса.
2. Схемы лечения сифилиса.
3. Профилактика сифилиса.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. РМП у БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СИФИЛИСОМ СТАНОВЯТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ТВЕРДОГО ШАНКРА В СРЕДНЕМ ЧЕРЕЗ:

- 1) 5-7 дней
- 2) 2-3 недели
- 3) 5-6 недель
- 4) 7-8 недель
- 5) 9-10 недель

Правильный ответ: 2

2. ДЛЯ СИФИЛИСА СКРЫТОГО РАННЕГО ХАРАКТЕРНА РЕЗКО ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ МИКРОПРЕЦИПИТАЦИИ:

- 1) с низким титром реагинов
- 2) с высоким титром реагинов
- 3) с низким у одних больных и высоким у других титром реагинов
- 4) правильного ответа нет

Правильный ответ: 2

3. ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БЕНЗИЛПЕНИЦИЛЛИНОМ:

- 1) эмболия
- 2) некроз на месте инъекции
- 3) нефропатия
- 4) полиневриты
- 5) анафилактический шок

Правильный ответ: 5

4. ТИПИЧНОЙ ФОРМОЙ СУЩЕСТВОВАНИЯ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) спиралевидная
- 2) тетракокковая
- 3) шаровидная
- 4) треугольная
- 5) бобовидная

Правильный ответ: 1

5. ДОМИНИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) инцистированная
- 2) спиралевидная
- 3) зернистая
- 4) L-форма
- 5) делящаяся

Правильный ответ: 2

6. ДОМИНИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ ПРИ СКРЫТОМ ПОЗДНЕМ СИФИЛИСЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) спиралевидная
- 2) зернистая
- 3) инцистированная
- 4) L-форма
- 5) в стадии деления

Правильный ответ: 3

7. ПЕНИЦИЛЛИН НАИБОЛЕЕ АКТИВЕН В ОТНОШЕНИИ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ:

- 1) спиралевидной формы
- 2) инцистированной формы
- 3) растущей формы
- 4) L-формы
- 5) зернистой формы

Правильный ответ: 1

8. ЦИСТЫ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) неживыми организмами
- 2) живыми организмами
- 3) дегенеративными организмами
- 4) размножающимися
- 5) движущимися

Правильный ответ: 2

9. ПРОБНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ ДОПУСТИМО ПРИ ПОДОЗРЕНИИ:

- 1) на первичный сифилис;
- 2) на вторичный сифилис;
- 3) когда нет возможности подтвердить или опровергнуть диагноз сифилис;
- 4) на скрытый ранний сифилис;
- 5) на скрытый поздний сифилис.

Правильный ответ: 1

10. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ТЕСТАМИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) реакция иммунофлюоресценции РИФ-200;
- 2) реакция иммунофлюоресценции РИФ-абс;
- 3) реакция Колмера;;
- 4) реакция Вассермана;
- 5) реакция иммобилизации трепонем РИБТ.

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

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

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

Ответ к задаче №1

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов площиц.
3. Сливная, шелушащаяся, возвышающаяся, зернистая.
4. Первичный сифилис
5. Индивидуальная профилактика заболевания обеспечивается использованием барьерных методов контрацепции (презервативов). После случайной незащищенной половой связи может быть осуществлена самостоятельно лицом, подвергшимся опасности заражения ИППП. Проводится с помощью индивидуальных профилактических средств (в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией), к которым относятся хлоргексидин биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин и другие.

Задача №2

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика уролога.
3. Какое осложнение имеет место в данном случае?

4. Перечислите атипичные формы первичного аффекта.
5. Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения заболевания.

Ответ к задаче №2

1. Первичный сифилис половых органов.
2. Уролог должен направить больного на консультацию венерологу.
3. Твердый шанкр осложненный фимозом
4. Шанкр – амигдалит, шанкр – панариций, индуративный отек.
5. - Пенициллины: дюранные, средней дюрантности, водорастворимые, полусинтетические
- Тетрациклины: доксицилин, тетрацилин.
- Макролиды: эритромицин.
- Цефалоспорины: цефтриаксон.

Задача №3

Больная 30 лет обратилась к хирургу поликлиники по поводу язвы в области правой грудной железы. При осмотре язва локализуется в области ареолы соска, подковообразной формы, с ровными краями, уплотнением в основании, безболезненная. Подмышечные лимфоузлы справа размером 1*1.5 см., плотноэластические, безболезненные.

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

Ответ к задаче №3

1. Первичный сифилис других локализаций.
2. Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный.
3. Специфическое, превентивное, профилактическое, пробное.
4. Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, у которых с момента контакта прошло не более 2 месяцев, показано превентивное лечение.

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

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

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

Индивидуальная профилактика обеспечивается использованием барьерных методов контрацепции (презервативов). После случайной незащищенной половой связи может быть осуществлена самостоятельно лицом, подвергшимся опасности заражения ИППП. Проводится с помощью индивидуальных профилактических средств (в соответствии с прилагаемой к ним

инструкцией), к которым относятся хлоргексидин биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин и другие.

Задача №4

У больной, обратившейся к гинекологу, правая большая половая губа увеличена в размерах, при надавливании следа от вдавления пальцем не осталось, цвет кожи синюшный. Лимфоузлы паховые с обеих сторон размером 2.0*1.5 см., подвижные, безболезненные. На коже туловища обильная розеолезная сыпь. В анамнезе беспорядочная половая жизнь.

1. Тактика врача-гинеколога.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Тактика ведения больной.
4. Проведите дифференциальную диагностику высыпаний.
5. Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения заболевания.

Ответ к задаче №4

1. Врач – гинеколог должен направить больную на консультацию к венерологу.
2. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
3. Лабораторные исследования:
 - Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле.
 - РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР.Обязательное обследование половых партнеров. Назначение им превентивного или специфического лечения.
4. С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов площиц.
5. - Пенициллины: дюрانتные, средней дюрантности, водорастворимые, полусинтетические
 - Тетрациклины: доксицилин, тетрацилин.
 - Макролиды: эритромицин.
 - Цефалоспорины: цефтриаксон.

Задача №5

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

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

Ответ к задаче №5

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. Лабораторные исследования:
 - Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле.

- РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР.

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

4. Ранний сифилис скрытый.

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

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Опрос, осмотр и оформление истории болезни.
2. Составить план обследования больного.
3. Анализировать данные серологических исследований.
4. Исследовать отделяемое язв и эрозий на бледную трепонему.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Диагностика сифилиса клиническая.
2. Диагностика сифилиса лабораторная: методы выявления бледной трепонемы.
3. Диагностика сифилиса серологическая: интерпретация результатов серологических реакций.
4. Современные методы лечения больных сифилисом.
5. Тактика врача при пролонгированной серонегативации и серорезистентности.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор, составитель, редактор	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.		
3.	БД MedArt		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
4.	ИБС КрасГМУ		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		

5.	БД Ebsco		Электронная библиотека КрасГМУ 2015		
6.	Кожные и венерические болезни : учебник	ред. О. Ю. Олисова	М. : Практическая медицина, 2015.		
7.	Патоморфологическая диагностика кожных болезней (Электронный ресурс): учеб. пособие для врачей.	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.М. Бекетов.	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
8	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология 2015. - 135 с	Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева;	Красноярск: КрасГМУ, 2015		
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология 2016. - 253 с.	В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев	Красноярск: КрасГМУ, 2016		
3	ЭБС Консультант студента				
4	ЭБС Colibris				
5	ЭБС Консультант студента				
6	ЭМБ Консультант врача				
7	ЭБС ibooks				
8	НЭБ e-Library				
9	БД Nature				
10	БД SAGE Premier				
11	БД Oxford University Press				
12	БД Scopus				
13	БД Web of Science				

Высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №33
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Гонорея. Этиология. Эпидемиология. Классификация»
Индекс темы ОД.О.01.1.3.33**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1.Тема: «Гонорея. Этиология. Эпидемиология. Классификация»

2.Формы работы:

- Конспектирование первоисточников и другой учебной литературы.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиологические и патогенетические факторы развития гонореи.
2. Классификация гонореи.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА

- 1) 1-2 дням
- 2) 3-4 дням
- 3) 10-14дням
- 4) 8-10 дням
- 5) 5-7 дням

Правильный ответ: 5

2. ВОЗБУДИТЕЛЬ ГОНОРЕИ – ГОНОКОКК ОТНОСИТСЯ:

- 1) к парным коккам грамотрицательным
- 2) к парным коккам грамположительным
- 3) к парным коккам грамвариабельным
- 4) к коккобациллам грамотрицательным
- 5) к коккобациллам грамвариабельным

Правильный ответ: 1

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВОВ ГОНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ АССОЦИАЦИЯ ГОНОКОККОВ

- 1) с хламидиями
- 2) с трихомонадами
- 3) с дрожжевым мицелием
- 4) с уреаплазмой
- 5) с гарднереллами

Правильный ответ: 2

4. В СРЕДАХ С САХАРАМИ ГОНОКОКК РАЗЛАГАЕТ:

- 1) лактозу
- 2) галактозу
- 3) декстрозу
- 4) сахарозу
- 5) рибозу

Правильный ответ: 1

5. НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫМ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ГОНОКОККАМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ, ВЫСТЛАННЫЕ ЭПИТЕЛИЕМ:

- 1) многослойным плоским неороговевающим
- 2) переходным
- 3) многослойным плоским ороговевающим
- 4) цилиндрическим
- 5) кубическим

Правильный ответ: 4

6. ГОНОКОККИ НЕ МОГУТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ В ОРГАНИЗМЕ БОЛЬНЫХ СЛЕДУЮЩИМ ПУТЕМ:

- 1) по нервным окончаниям
- 2) гематогенным
- 3) по поверхности слизистых гениталий
- 4) трансканаликулярным
- 5) лимфогенным

Правильный ответ: 1

7. БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ГОНОКОККОВ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКАХ:

- 1) парность кокков
- 2) грамотрицательность
- 3) внутриклеточное расположение
- 4) грамположительность
- 5) бобовидность формы

Правильный ответ: 3

8. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ГОНОРЕЯ ПОЛУЧЕНА У СЛЕДУЮЩИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ:

- 1) у человекообразных обезьян
- 2) у морских свинок
- 3) у кроликов
- 4) у собак
- 5) ни у одного животного

Правильный ответ: 5

9. К ДИССЕМНИРОВАННОЙ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) артрит
- 2) поражение глаз
- 3) поражение кожи
- 4) перигепатит
- 5) сепсис

Правильный ответ: 2

10. К ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМ ФОРМАМ ГОНОРЕИ ОТНОСЯТСЯ ГОНОРЕЙНЫЙ:

- 1) проктит
- 2) цистит
- 3) пиелонефрит
- 4) тонзиллит
- 5) миозит

Правильный ответ: 4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

У больного через семь дней после половой связи с женщиной появились обильные гнойные выделения из уретры, рези при мочеиспускании. Спустя три дня стал отмечать боли в области правого коленного сустава. При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, выделения свободные, гнойные; сустав увеличен в размере, кожа гиперемирована, при активном движении болезненность. Больной холост.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Как обозначить диагноз по МКБ-10?
4. Назначьте лечение.
5. Дальнейшее ведение пациента.

Ответы к задаче №1

1. Свежий острый гонорейный уретрит. Гонорейный артрит.
2. Мазки по Граму, ВИЧ, РМП, ИФА на гепатит В и С, общий анализ крови, мочи, рентгенография сустава, консультация терапевта.
3. А 54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта.
А 54.4 Гонококковая инфекция костно-мышечной системы.
4. Лечение в круглосуточном стационаре: цефтриаксон - 1,0 в/м (в/в) каждые 24 часа; или цефотаксим 1,0 в/в каждые 8 часов; или спектиномицин - 2,0 в/м каждые 12 часов. Курс 14 дней. Дезинтоксикационная терапия. Аскорбиновая кислота. Нестероидные противовоспалительные препараты. На сустав - УЗ.
5. Контроль через 2 и 14 дней после окончания лечения. Наблюдение терапевта.

Задача №2

Мужчина 35 лет обратился к венерологу по поводу гнойных выделений из уретры, рези при мочеиспускании. Половая связь с незнакомой женщиной 10 дней назад. Женат 3 года; половые связи с женой отрицает в течение последнего месяца (командировка).

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Назначьте лечение.
4. Тактика по отношению к жене.
5. Дальнейшее ведение пациента.

Ответы к задаче №2

1. Свежий острый гонорейный уретрит.
2. Мазки по Граму, ПИФ на хламидии, микоплазмы, кровь на ВИЧ, РМП, ИФА на гепатит В и С, общий анализ крови, мочи, 2-х стаканная проба.

3. Лечение амбулаторно: цефтриаксон - 250 мг однократно в/м или цефиксим - 400 мг однократно внутрь.
4. Обследование жены и лечение по тем же схемам. В период лечения и диспансерного наблюдения воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления критерия излеченности.
5. Контроль через 2 и 14 дней после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

Задача №3

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

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

При обследовании. В мазках из уретры обнаружены гонококки. 2- стаканная проба Томпсона: в первой порции слизь, гнойные нити.

Больному диагностирована Свежая острая гонорея. Острый передний уретрит.

1. Какие анамнестические данные необходимо выяснять у больных с подобным заболеванием?
2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Дифференциальная диагностика данного заболевания
5. Цели лечения.

Ответы к задаче №3

1. -предполагаемый источник инфицирование пациента
 -предполагаемый регион инфицирования
 -время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов
 -результаты обследования половых партнеров
 -данные акушерско – гинекологического, урологического и полового анамнеза
 - наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время
 -данные аллергоанамнеза
 -наличие соматических заболеваний
 -данные о приеме лекарственных препаратов, в том числе антибактериальных, в течение последних 3 месяцев
2. -гнойные выделения из уретры
 -дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)
 -зуд, жжение в области уретры
 -диспареуния (болезненность во время полового акта)
 -боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку
3. Обнаружение гонококков с помощью одного из методов
 -микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму
 -культуральное исследование
4. Следует проводить дифференциальный диагноз с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (T. vaginalis, C. Trachomatis, M. genitalium), условно – патогенными микроорганизмами (грибами рода Candida, микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом) и вирусами (вирусом простого герпеса).

5. - достижение клинической эффективности лечения (снижение или исчезновение клинических симптомов заболевания)

-достижение микробиологической эффективности лечения (эрадикация возбудителя)

-предотвращение развития осложнений

-предупреждение инфицирования других лиц

Задача №4

Женщина 35 лет обратилась к венерологу по поводу умеренных слизисто – гнойных выделений из влагалища, незначительных резей при мочеиспускании. Половая связь с постоянным половым партнером 10 дней назад.

При обследовании. В мазках из цервикального канала и уретры обнаружены гонококки. При осмотре в гинекологических зеркалах: Гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища. Слизисто – гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища. Отечность, гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто – гнойные выделения из цервикального канала.

Диагностирован свежий подострый эндоцервицит, уретрит гонорейной этиологии.

1. Пути инфицирования данным заболеванием у мужчин, женщин и детей?

2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у женщин?

3. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?

4. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

5. Ведение половых партнеров.

Ответы к задаче №4

1. У мужчин и женщин

- половой путь передачи (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонорей)

У детей

- прохождение через родовые пути больной матери

- прямой половой контакт

- бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми)

2. - гнойные или слизисто – гнойные выделения из половых путей

- зуд, жжение в области наружных половых органов.

- диспареуния (болезненность во время полового акта)

- дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)

- дискомфорт или боль в области нижней части живота.

3. - исследование методом ПЦР для идентификации гонококков

- исследования на другие ИППП

- культуральные исследования для идентификации условно – патогенных микроорганизмов

- КСР на сифилис

- определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С

- клинический анализ крови и мочи

- биохимический анализ крови

- УЗИ органов малого таза

-кольпоскопия

- уретроскопия

- вагиноскопия

- 2- стаканная проба Томпсона

4. - определение чувствительности гонококков к антибактериальным препаратам

- определение β - лактамазной активности гонококков (при наличии показаний)

- назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп

5. Необходимо проинформировать о половых партнерах за последние 60 дней и сообщить половым партнерам о необходимости обследования.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным и проводится по тем же схемам. В период лечения и диспансерного наблюдения рекомендуется воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции при половых контактах до установления критерия излеченности.

Задача №5

У мужчины 40 лет, вызванного на обследование в качестве полового партнера больной хронической гонореей. При осмотре: Губки уретры не изменены, после легкого массажа уретры появилась слизисто-гнойная капля. Субъективных расстройств не отмечает. В мазках из уретры обнаружены гонококки. Первая порция мочи прозрачная, множественные мелкие хлопья, оседающие на дно, вторая- прозрачная, чистая.

1. Поставьте диагноз.

2. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у мужчин?

4. Какой этиологии бывают венерические уретриты?

5. Пути инфицирования данным заболеванием у мужчин, женщин и детей?

Ответы к задаче №5

1. Хронический передний гонорейный уретрит.

2. 1. Инструментальные исследования:

1. Пальпация уретры на буже (определяют наличие или отсутствие в уретре плотных узелков).

2. Лабораторные исследования:

1). Бактериоскопическое исследование (мазки на одном стекле окрашивают 1% водным раствором метиленового синего, на другом-по способу Грамма)-обнаружение *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*.

2). Бактериологическое исследование (культуральное исследование для выделения чистой культуры)- обнаружение *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*.

3). Исследование нативного препарата (обнаружение *Trichomonas vaginalis*).

4). Обнаружение антигена *Chlamydia trachomatis* методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) с моноклональными антителами.

5). Обнаружение *Chlamydia trachomatis* методом полимеразной (лигазной) цепной реакции (ПЦР).

6). Иммуноферментный анализ (обнаружение *Chlamydia trachomatis*).

7). Серологическое обследование на сифилис (РСК или РМП, ПИФ-Абс. или ИФА или РПГА).

8). Определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С.

9). Обследование предполагаемого источника заражения и половых контактов.

3. -гнойные выделения из уретры

-дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)

-зуд, жжение в области уретры

-диспареуния (болезненность во время полового акта)

-боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку

4. Уретриты бывают гонококковые и негонококковые. Этиологическими агентами негонококковых уретритов могут явиться хламидии, трихомонады, уреаплазмы, ВПГ, вирус папилломы человека (ВПЧ), *Candida albicans*, *Neisseria meningitidis* и некоторые другие микроорганизмы.

5. У мужчин и женщин: половой путь передачи (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонорей)

У детей: прохождение через родовые пути больной матери; прямой половой контакт; бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми)

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Опрос, осмотр и оформление истории болезни.
2. Взять материал из мочеполовых органов, прямой кишки и миндалин на гонококки.
3. Микроскопически исследовать мазки на гонококки.
4. Провести осмотр половых органов у женщин.
5. Провести осмотр половых органов у мужчин.
6. Провести осмотр аногенитальной области.
7. Провести пальпацию мочеиспускательного канала.
8. Провести пальпацию бульбоуретральных желёз.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Этиологические и патогенетические факторы развития гонореи;
2. Консультирование пациентов, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путём
3. Алгоритм обследования больных гонореей.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	3	
Дополнительная литература					
1.	Детская дерматология. Цветной атлас и справочник	Кэйн К.	М.: Бином, 2015	3	
2.	Дерматовенерология. Методы и методики	Прохоренков В.И.,	Красноярск: тип.	3	

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
	обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей	Яковлева Т.А., Максименко В.Г.	КрасГМУ, 2015.		
3.	Гонококковая инфекция у взрослых и детей учеб. пособие	Яковлева Т.А., Прохоренков В.И., Максименко В.Г.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2015.	3	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063 В. В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей Красноярск : КрасГМУ, 2015.
4	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804 В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.] Красноярск : КрасГМУ, 2014.
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭБС Colibris
7	ЭБС Консультант студента
8	ЭМБ Консультант врача
9	ЭБС ibooks
10	НЭБ e-Library
11	БД Nature
12	БД SAGE Premier
13	БД Oxford University Press
14	БД Scopus

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №34
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Гонококковая инфекция
нижних отделов мочеполового тракта»
Индекс темы ОД.О.01.1.34**

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема: «Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта»

2. Формы работы:

- Написание истории болезни.
- Разбор больных.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Особенности клинических проявлений и течения гонореи у мужчин, женщин и детей.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Субъективные, объективные симптомы неосложненной и осложненной гонореи у взрослых.
4. Субъективные, объективные симптомы неосложненной и осложненной гонореи у детей.
5. Консультирование пациентов, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путём.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ У ЖЕНЩИН:

- 1) гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей, диспареуния, дизурия, дискомфорт или боль в области нижней части живота.
- 5) дискомфорт или боль в области нижней части живота

Правильный ответ: 4

2. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ У ЖЕНЩИН:

- 1) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
- 2) слизисто-гнойное или гнойное уретральное отделяемое
- 3) слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища
- 4) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, слизисто-гнойное или гнойное уретральное отделяемое, слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища и цервикального канала,
- 5) слизисто-гнойные или гнойные выделения из цервикального канала

Правильный ответ: 4

3. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ У МУЖЧИН:

- 1) гнойные выделения из уретры;
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.
- 5) гнойные выделения из уретры, диспареуния, дизурия, боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Правильный ответ: 5

4. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ У МУЖЧИН:

- 1) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
- 2) инфильтрация стенок уретры
- 3) слизисто-гнойные выделения из уретры
- 4) гнойные выделения из уретры
- 5) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные выделения из уретры, гнойные выделения из уретры

Правильный ответ: 5

5. ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ГОНОРЕИ:

- 1) эрадикация *N. gonorrhoeae*, исчезновение клинических симптомов заболевания, предотвращение развития осложнений, предупреждение инфицирования других лиц.
- 2) эрадикация *N. gonorrhoeae*
- 3) исчезновение клинических симптомов заболевания
- 4) предотвращение развития осложнений;
- 5) предупреждение инфицирования других лиц.

Правильный ответ: 1

6. ЛЕЧЕНИЕ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА:

- 1) цефтриаксон 250 мг однократно внутримышечно, цефиксим 400 мг однократно внутрь, спектиномицин 2,0 г однократно внутримышечно
- 2) цефтриаксон 250 мг однократно внутримышечно
- 3) цефиксим 400 мг однократно внутрь
- 4) спектиномицин 2,0 г однократно внутримышечно
- 5) цефтриаксон 1,0 внутримышечно

Правильный ответ: 1

7. ПРОФИЛАКТИКА ГОНОКОККОВОЙ ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ:

- 1) сульфацил-натрия 0,5% раствор однократно
- 2) нитрат серебра 0,5%-й водный раствор однократно
- 3) эритромицин 0,5%-я глазная мазь однократно
- 4) тетрациклин 5 %-я глазная мазь однократно.
- 5) тетрациклин 0, 5 %-я глазная мазь однократно

Правильный ответ 3

8. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НА ОСНОВАНИИ:

- 1) микроскопического исследования через 10 дней после окончания лечения
- 2) микроскопического исследования через 14 дней
- 3) культурального исследования через 10 дней
- 4) культурального исследования через 14 дней
- 5) культурального исследования через месяц

Правильный ответ: 4

9. ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ:

- 1) исключение реинфекции
- 2) определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам
- 3) назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп, согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов
- 4) исключение реинфекции, определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам, назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов

Правильный ответ: 4

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВА ГОНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ АССОЦИАЦИЯ ГОНОКОККОВ:

- 1) с хламидиями
- 2) с трихомонадами
- 3) с дрожжевым мицелием
- 4) с уреаплазмой
- 5) с гарднереллами

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

У больного через семь дней после половой связи с женщиной появились обильные гнойные выделения из уретры, рези при мочеиспускании. Спустя три дня стал отмечать боли в области правого коленного сустава. При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, выделения свободные, гнойные; сустав увеличен в размере, кожа гиперемирована, при активном движении болезненность. Больной холост.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Как обозначить диагноз по МКБ-10?
4. Назначьте лечение.
5. Дальнейшее ведение пациента.

Эталоны ответов к задаче №1

1. Свежий острый гонорейный уретрит. Гонорейный артрит.
2. Мазки по Граму, ВИЧ, РМП, ИФА на гепатит В и С, общий анализ крови, мочи, рентгенография сустава, консультация терапевта.
3. А 54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта.
А 54.4 Гонококковая инфекция костно-мышечной системы.
4. Лечение в круглосуточном стационаре: цефтриаксон - 1,0 в/м (в/в) каждые 24 часа; или цефотаксим 1,0 в/в каждые 8 часов; или спектиномицин - 2,0 в/м каждые 12 часов. Курс 14 дней. Дезинтоксикационная терапия. Аскорбиновая кислота. Нестероидные противовоспалительные препараты. На сустав - УЗ.
5. Контроль через 2 и 14 дней после окончания лечения. Наблюдение терапевта.

Задача №2

На прием к дерматовенерологу обратился молодой человек 32 лет с жалобами на боль и воспаление в области головки полового члена, болезненное мочеиспускание и гнойное отделяемое. Из анамнеза известно, что через 4 дня после случайной половой связи появились выше перечисленные жалобы.

При осмотре: гиперемия и отек головки полового члена и крайней плоти, головка не закрывается. Из уретры слизисто - гнойные выделения.

1. Поставьте диагноз.
2. Дополнительные методы обследования больного.
3. Назначьте лечение.
4. Последующее наблюдение
5. При каких дерматозах может быть парафимоз?

Эталонные ответы к задаче №2

1. Острая гонорея, осложненная баланопоститом, парафимозом.
2. Лабораторная диагностика на ИППП: бактериоскопический метод, посев, ПИФ, ИФА, ПЦР, ВИЧ, РМП, ИФА на гепатит В и С; общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови.
3. Лечение пациента в условиях стационара цефтриаксон по 1,0 г в/м каждые 24 часа 14 дней; дифлюкан 150 мг 1 р/нед №2. Ручное вправление головки полового члена в ущемляющее кольцо. Ванночки со слабым раствором марганцевокислого калия.
4. Контроль проводится через 14 дней (культуральным методом) или 28 дней (методами ПЦР, ЛЦР, ПИФ) после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.
5. Парафимоз может быть при контактном аллергическом дерматите, экземе, герпетической инфекции, при кандидозе и др.

Задача №3

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

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

При обследовании. В мазках из уретры обнаружены гонококки. 2- стаканная проба Томпсона: в первой порции слизь, гнойные нити.

Больному диагностирована Свежая острая гонорея. Острый передний уретрит.

1. Какие анамнестические данные необходимо выяснять у больных с подобным заболеванием?
2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Дифференциальная диагностика данного заболевания
5. Цели лечения.

Эталонные ответы к задаче №3

1. -предполагаемый источник инфицирования пациента
-предполагаемый регион инфицирования
-время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов
-результаты обследования половых партнеров
-данные акушерско – гинекологического, урологического и полового анамнеза
- наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время
-данные алергоанамнеза

-наличие соматических заболеваний

-данные о приеме лекарственных препаратов, в том числе антибактериальных, в течение последних 3 месяцев

2. -гнойные выделения из уретры

-дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)

-зуд, жжение в области уретры

-диспареуния (болезненность во время полового акта)

-боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку

3. Обнаружение гонококков с помощью одного из методов

-микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму

-культуральное исследование

4. Следует проводить дифференциальный диагноз с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (T. vaginalis, C. Trachomatis,

M. genitalium), условно – патогенными микроорганизмами (грибами рода Candida, микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом) и вирусами (вирусом простого герпеса).

5. –достижение клинической эффективности лечения (снижение или исчезновение клинических симптомов заболевания)

-достижение микробиологической эффективности лечения (эрадикация возбудителя)

-предотвращение развития осложнений

-предупреждение инфицирования других лиц

Задача №4

Женщина 35 лет обратилась к венерологу по поводу умеренных слизисто – гнойных выделений из влагалища, незначительных резей при мочеиспускании. Половая связь с постоянным половым партнером 10 дней назад.

При обследовании. В мазках из цервикального канала и уретры обнаружены гонококки. При осмотре в гинекологических зеркалах: Гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища. Слизисто – гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища. Отечность, гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто – гнойные выделения из цервикального канала.

Диагностирован свежий подострый эндоцервицит, уретрит гонорейной этиологии.

1. Пути инфицирования данным заболеванием у мужчин, женщин и детей?

2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у женщин?

3. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?

4. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

5. Ведение половых партнеров.

Эталонные ответы к задаче №4

1. У мужчин и женщин

- половой путь передачи (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонорей)

У детей

- прохождение через родовые пути больной матери

- прямой половой контакт

- бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми)

2. - гнойные или слизисто – гнойные выделения из половых путей

- зуд, жжение в области наружных половых органов.

- диспареуния (болезненность во время полового акта)

- дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)

- дискомфорт или боль в области нижней части живота.

3. - исследование методом ПЦР для идентификации гонококков

- исследования на другие ИППП

- культуральные исследования для идентификации условно – патогенных микроорганизмов

- КСР на сифилис

- определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С

- клинический анализ крови и мочи

- биохимический анализ крови

- УЗИ органов малого таза

-кольпоскопия

- уретроскопия

- вагиноскопия

- 2- стаканная проба Томпсона

4. - определение чувствительности гонококков к антибактериальным препаратам

- определение β - лактамазной активности гонококков (при наличии показаний)

- назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп

5. Необходимо проинформировать о половых партнерах за последние 60 дней и сообщить половым партнерам о необходимости обследования.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным и проводится по тем же схемам. В период лечения и диспансерного наблюдения рекомендуется воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции при половых контактах до установления критерия излеченности.

Задача №5

У мужчины 40 лет, вызванного на обследование в качестве полового партнера больной хронической гонореей. При осмотре: Губки уретры не изменены, после легкого массажа уретры появилась слизисто-гнойная капля. Субъективных расстройств не отмечает. В мазках из уретры обнаружены гонококки. Первая порция мочи прозрачная, множественные мелкие хлопья, оседающие на дно, вторая- прозрачная, чистая.

1. Поставьте диагноз.

2. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у мужчин?

4. Какой этиологии бывают венерические уретриты?

5. Пути инфицирования данным заболеванием у мужчин, женщин и детей?

Эталонные ответы к задаче №5

1. Хронический передний гонорейный уретрит.

2. 1. Инструментальные исследования:

II. Пальпация уретры на буже (определяют наличие или отсутствие в уретре плотных узелков).

2. Лабораторные исследования:

- 1). Бактериоскопическое исследование (мазки на одном стекле окрашивают 1% водным раствором метиленового синего, на другом-по способу Грамма)-обнаружение *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*.
- 2). Бактериологическое исследование (культуральное исследование для выделения чистой культуры)- обнаружение *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*.
- 3). Исследование нативного препарата (обнаружение *Trichomonas vaginalis*).
- 4). Обнаружение антигена *Chlamydia trachomatis* методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) с моноклональными антителами.
- 5). Обнаружение *Chlamydia trachomatis* методом полимеразной (лигазной) цепной реакции (ПЦР).
- 6). Иммуноферментный анализ (обнаружение *Chlamydia trachomatis*).
- 7). Серологическое обследование на сифилис (РСК или РМП, ПИФ-Абс. или ИФА или РПГА).
- 8). Определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С.
- 9). Обследование предполагаемого источника заражения и половых контактов.

3. -гнойные выделения из уретры

-дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)

-зуд, жжение в области уретры

-диспареуния (болезненность во время полового акта)

-боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку

4. Уретриты бывают гонококковые и негонококковые. Этиологическими агентами негонококковых уретритов могут явиться хламидии, трихомонады, уреоплазмы, ВПГ, вирус папилломы человека (ВПЧ), *Candida albicans*, *Neisseria meningitidis* и некоторые другие микроорганизмы.

5. У мужчин и женщин: половой путь передачи (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонорей).

У детей: прохождение через родовые пути больной матери; прямой половой контакт; бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми)

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Опрос, осмотр и оформление истории болезни.
2. Взять материал из мочеполовых органов, прямой кишки и миндалин на гонококки.
3. Микроскопически исследовать мазки на гонококки.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Осложнения гонореи у женщин.
2. Осложнения гонореи у мужчин.
3. Тактика ведения больных с осложнениями гонореи.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	3	
Дополнительная литература					
1.	Детская дерматология. Цветной атлас и справочник	Кэйн К.	М.: Бином, 2015	3	
2.	Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей	Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2015.	3	
3.	Гонококковая инфекция у взрослых и детей учеб. пособие	Яковлева Т.А., Прохоренков В.И., Максименко В.Г.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2015.	3	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.

3	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063 В. В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей Красноярск : КрасГМУ, 2015.
4	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804 В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.] Красноярск : КрасГМУ, 2014.
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭБС Colibris
7	ЭБС Консультант студента
8	ЭМБ Консультант врача
9	ЭБС ibooks
10	НЭБ e-Library
11	БД Nature
12	БД SAGE Premier
13	БД Oxford University Press
14	БД Scopus
15	БД Web of Science

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №35
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Гонорея. Диагностика. Лечение.
Контроль излеченности»**
Индекс темы ОД.О.01.1.3.35

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема: «Гонорея. Диагностика. Лечение. Контроль излеченности»

2. Формы работы:

- Подготовка к клиническому разбору больных.
- Написание истории болезни.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Методы лабораторного исследования гонореи.
2. Показания к проведению лечения гонореи.
3. Схемы лечения гонореи у взрослых и детей.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. ПРОФИЛАКТИКА ГОНОКОККОВОЙ ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ:

- 1) сульфацил-натрия 0,5% раствор однократно
- 2) нитрат серебра 0,5%-й водный раствор однократно
- 3) эритромицин 0,5%-я глазная мазь однократно
- 4) тетрациклин 5 %-я глазная мазь однократно.
- 5) тетрациклин 0, 5 %-я глазная мазь однократно

Правильный ответ 3

2. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НА ОСНОВАНИИ:

- 1) микроскопического исследования через 10 дней после окончания лечения
- 2) микроскопического исследования через 14 дней
- 3) культурального исследования через 10 дней
- 4) культурального исследования через 14 дней
- 5) культурального исследования через месяц

Правильный ответ: 4

3. ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ:

- 1) исключение реинфекции
- 2) определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам
- 3) назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов
- 4) исключение реинфекции, определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам, назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов

Правильный ответ: 4

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВА ГОНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ АССОЦИАЦИЯ ГОНОКОККОВ:

- 1) с хламидиями
- 2) с трихомонадами

- 3) с дрожжевым мицелием
 - 4) с уреоплазмой
 - 5) с гарднереллами
- Правильный ответ: 2

5. ПРИ ОСТРОЙ И ПОДОСТРОЙ ФОРМАХ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ ПОКАЗАНА ТЕРАПИЯ:

- 1) гоновакциной
 - 2) местным лечением
 - 3) антибиотиками
 - 4) трихополомб
 - 5) пирогеналом
- Правильный ответ: 3

6. ПРИ ГОНОРЕЕ ЖЕНЩИН ОБСЛЕДУЮТ НА ГОНОКОККИ:

- 1) уретру
 - 2) отделяемое влагалища
 - 3) пунктат суставов
 - 4) глотку
 - 5) слизистую рта
- Правильный ответ: 1

7. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ОДНОВРЕМЕННОГО НАЗНАЧЕНИЯ НЕСКОЛЬКИХ АНТИБИОТИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) осложненная и восходящая гонорея
 - 2) хроническая гонорея
 - 3) острая гонорея
 - 4) свежая, торпидно протекающая гонорея
 - 5) рецидивирующая гонорея
- Правильный ответ: 1

8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЖЕНЩИН В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЮТСЯ:

- 1) вульва
 - 2) влагалище
 - 3) уретра и цервикальный канал
 - 4) бартолиниевые железы
 - 5) парауретральные ход
- Правильный ответ: 3

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВОВ ГОНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ АССОЦИАЦИЯ ГОНОКОККОВ:

- 1) с хламидиями
- 2) с дрожжевым мицелием
- 3) с трихомонадами

- 4) с уреаплазмой
- 5) с гарднереллами

Правильный ответ: 3

10. ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) гиперестезия в области живота, промежности
- 2) гнойные выделения из уретры
- 3) ночные поллюции
- 4) плотноэластическая консистенция предстательной железы при пальпации
- 5) определение уплотнений на поверхности предстательной железы при пальпации

Правильный ответ: 5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

У больного через семь дней после половой связи с женщиной появились обильные гнойные выделения из уретры, рези при мочеиспускании. Спустя три дня стал отмечать боли в области правого коленного сустава. При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, выделения свободные, гнойные; сустав увеличен в размере, кожа гиперемирована, при активном движении болезненность. Больной холост.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Как обозначить диагноз по МКБ-10?
4. Назначьте лечение.
5. Дальнейшее ведение пациента.

Эталоны ответов к задаче №1

1. Свежий острый гонорейный уретрит. Гонорейный артрит.
2. Мазки по Граму, ВИЧ, РМП, ИФА на гепатит В и С, общий анализ крови, мочи, рентгенография сустава, консультация терапевта.
3. А 54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта.
А 54.4 Гонококковая инфекция костно-мышечной системы.
4. Лечение в круглосуточном стационаре: цефтриаксон - 1,0 в/м (в/в) каждые 24 часа; или цефотаксим 1,0 в/в каждые 8 часов; или спектиномицин - 2,0 в/м каждые 12 часов. Курс 14 дней. Дезинтоксикационная терапия. Аскорбиновая кислота. Нестероидные противовоспалительные препараты. На сустав - УЗ.
5. Контроль через 2 и 14 дней после окончания лечения. Наблюдение терапевта.

Задача №2

На прием к дерматовенерологу обратился молодой человек 32 лет с жалобами на боль и воспаление в области головки полового члена, болезненное мочеиспускание и гнойное отделяемое. Из анамнеза известно, что через 4 дня после случайной половой связи появились выше перечисленные жалобы.

При осмотре: гиперемия и отек головки полового члена и крайней плоти, головка не закрывается. Из уретры слизисто - гнойные выделения.

1. Поставьте диагноз.
2. Дополнительные методы обследования больного.

3. Назначьте лечение.
4. Последующее наблюдение
5. При каких дерматозах может быть парафимоз?

Эталонные ответы к задаче №2

1. Острая гонорея, осложненная баланопоститом, парафимозом.
2. Лабораторная диагностика на ИППП: бактериоскопический метод, посев, ПИФ, ИФА, ПЦР, ВИЧ, РМП, ИФА на гепатит В и С; общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови.
3. Лечение пациента в условиях стационара цефтриаксон по 1,0 г в/м каждые 24 часа 14 дней; дифлюкан 150 мг 1 р/нед №2. Ручное вправление головки полового члена в ущемляющее кольцо. Ванночки со слабым раствором марганцевокислого калия.
4. Контроль проводится через 14 дней (культуральным методом) или 28 дней (методами ПЦР, ЛЦР, ПИФ) после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.
5. Парафимоз может быть при контактном аллергическом дерматите, экземе, герпетической инфекции, при кандидозе и др.

Задача №3

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

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

При обследовании. В мазках из уретры обнаружены гонококки. 2- стаканная проба Томпсона: в первой порции слизь, гнойные нити.

Больному диагностирована Свежая острая гонорея. Острый передний уретрит.

1. Какие анамнестические данные необходимо выяснять у больных с подобным заболеванием?
2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Дифференциальная диагностика данного заболевания
5. Цели лечения.

Эталонные ответы к задаче №3

1. -предполагаемый источник инфицирование пациента
-предполагаемый регион инфицирования
-время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов
-результаты обследования половых партнеров
-данные акушерско – гинекологического, урологического и полового анамнеза
- наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время
-данные алергоанамнеза
-наличие соматических заболеваний
-данные о приеме лекарственных препаратов, в том числе антибактериальных, в течение последних 3 месяцев
2. -гнойные выделения из уретры
-дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)
-зуд, жжение в области уретры
-диспареуния (болезненность во время полового акта)
-боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку
3. Обнаружение гонококков с помощью одного из методов

-микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму

-культуральное исследование

4. Следует проводить дифференциальный диагноз с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (T. vaginalis, C. Trachomatis, M. genitalium), условно – патогенными микроорганизмами (грибами рода Candida, микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом) и вирусами (вирусом простого герпеса).

5. –достижение клинической эффективности лечения (снижение или исчезновение клинических симптомов заболевания)

-достижение микробиологической эффективности лечения (эрадикация возбудителя)

-предотвращение развития осложнений

-предупреждение инфицирования других лиц

Задача №4

Женщина 35 лет обратилась к венерологу по поводу умеренных слизисто – гнойных выделений из влагалища, незначительных резей при мочеиспускании. Половая связь с постоянным половым партнером 10 дней назад.

При обследовании. В мазках из цервикального канала уретры обнаружены гонококки. При осмотре в гинекологических зеркалах: Гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища. Слизисто – гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища. Отечность, гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто – гнойные выделения из цервикального канала.

Диагностирован свежий подострый эндоцервицит, уретрит гонорейной этиологии.

1. Пути инфицирования данным заболеванием у мужчин, женщин и детей?

2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у женщин?

3. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?

4. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

5. Ведение половых партнеров.

Эталонные ответы к задаче №4

1. У мужчин и женщин

- половой путь передачи (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонорей)

У детей

- прохождение через родовые пути больной матери

- прямой половой контакт

- бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми)

2. - гнойные или слизисто – гнойные выделения из половых путей

- зуд, жжение в области наружных половых органов.

- диспареуния (болезненность во время полового акта)

- дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)

- дискомфорт или боль в области нижней части живота.

3. - исследование методом ПЦР для идентификации гонококков

- исследования на другие ИППП

- культуральные исследования для идентификации условно – патогенных микроорганизмов

- КСР на сифилис
- определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С
- клинический анализ крови и мочи
- биохимический анализ крови
- УЗИ органов малого таза
- кольпоскопия
- уретроскопия
- вагиноскопия
- 2- стаканная проба Томпсона

4. - определение чувствительности гонококков к антибактериальным препаратам

- определение β - лактамазной активности гонококков (при наличии показаний)

- назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп

5. Необходимо проинформировать о половых партнерах за последние 60 дней и сообщить половым партнерам о необходимости обследования.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным и проводится по тем же схемам. В период лечения и диспансерного наблюдения рекомендуется воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции при половых контактах до установления критерия излеченности.

Задача №5

У мужчины 40 лет, вызванного на обследование в качестве полового партнера больной хронической гонореей. При осмотре: Губки уретры не изменены, после легкого массажа уретры появилась слизисто-гнойная капля. Субъективных расстройств не отмечает. В мазках из уретры обнаружены гонококки. Первая порция мочи прозрачная, множественные мелкие хлопья, оседающие на дно, вторая- прозрачная, чистая.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у мужчин?
4. Какой этиологии бывают венерические уретриты?
5. Пути инфицирования данным заболеванием у мужчин, женщин и детей?

Эталонные ответы к задаче №5

1. Хронический передний гонорейный уретрит.
2. Инструментальные исследования: Пальпация уретры на буже (определяют наличие или отсутствие в уретре плотных узелков).
Лабораторные исследования: 1). Бактериоскопическое исследование (мазки на одном стекле окрашивают 1% водным раствором метиленового синего, на другом-по способу Грама) обнаружение *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*.
- 2). Бактериологическое исследование (культуральное исследование для выделения чистой культуры)- обнаружение *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*.
- 3). Исследование нативного препарата (обнаружение *Trichomonas vaginalis*).
- 4). Обнаружение антигена *Chlamydia trachomatis* методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) с моноклональными антителами.
- 5). Обнаружение *Chlamydia trachomatis* методом полимеразной (лигазной) цепной реакции (ПЦР).
- 6). Иммуноферментный анализ (обнаружение *Chlamydia trachomatis*).

- 7). Серологическое обследование на сифилис (РСК или РМП, ПИФ-Абс. или ИФА или РПГА).
- 8). Определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С.
- 9). Обследование предполагаемого источника заражения и половых контактов.

3. -гнойные выделения из уретры

-дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)

-зуд, жжение в области уретры

-диспареуния (болезненность во время полового акта)

-боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку

4. Уретриты бывают гонококковые и негонококковые. Этиологическими агентами негонококковых уретритов могут явиться хламидии, трихомонады, уреоплазмы, ВПГ, вирус папилломы человека (ВПЧ), *Candida albicans*, *Neisseria meningitidis* и некоторые другие микроорганизмы.

5. У мужчин и женщин: половой путь передачи (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонорей)

У детей: прохождение через родовые пути больной матери; прямой половой контакт; бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми)

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Опрос, осмотр и оформление истории болезни.
2. Взять материал из мочеполовых органов, прямой кишки и миндалин на гонококки.
3. Микроскопически исследовать мазки на гонококки.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Осложнения гонореи у женщин.
2. Осложнения гонореи у мужчин.
3. Тактика ведения и лечения больных с осложнениями гонореи.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	3	
Дополнительная литература					
1.	Детская дерматология. Цветной атлас и справочник	Кэйн К.	М.: Бином, 2015	3	

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
2.	Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей	Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2015.	3	
3.	Гонококковая инфекция у взрослых и детей учеб. пособие	Яковлева Т.А., Прохоренков В.И., Максименко В.Г.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2015.	3	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063 В. В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей Красноярск : КрасГМУ, 2015.
4	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804 В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.] Красноярск : КрасГМУ, 2014.
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭБС Colibris
7	ЭБС Консультант студента
8	ЭМБ Консультант врача
9	ЭБС ibooks
10	НЭБ e-Library
11	БД Nature
12	БД SAGE Premier

13	БД Oxford University Press
14	БД Scopus
15	БД Web of Science

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №36
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Урогенитальный хламидиоз. Этиология. Патогенез. Эпидемиология.
Клинические проявления. Диагностика. Лечение»**

Индекс темы ОД.О.01.1.3.36

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1.Тема: «Урогенитальный хламидиоз. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение»

2.Формы работы:

- Работа с нормативными документами и законодательной базой.
- Разбор больных.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Современное представление об этиологии и эпидемиологии хламидийной инфекции.
2. Диагностика хламидийной инфекции.
3. Дифференциальная диагностика хламидийной инфекции.
4. Современные методы лечения больных хламидийной инфекцией.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. К СЕМЕЙСТВАМ ПОРЯДКА CHLAMYDIALES ОТНОСЯТСЯ:

- 1) семейство Chlamydiaceae
- 2) семейство Parachlamydiaceae
- 3) семейство Simkaniaceae
- 4) семейство Waddliaceae
- 5) семейства Chlamydiaceae, Parachlamydiaceae, Simkaniaceae, Waddliaceae

Правильный ответ: 5

2. К ВИДАМ ПОРЯДКА CHLAMYDIALES ОТНОСЯТСЯ:

- 1) Chlamydia, Chlamydophila
- 2) Parachlamydia
- 3) Simkania
- 4) Waddlia
- 5) Chlamydia, Chlamydophila, Parachlamydia, Simkania, Waddlia

Правильный ответ: 5

3. ПУТЯМИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ХЛАМИДИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) плода - анте-и интранатальный
- 2) воздушно-капельный
- 3) половой
- 4) половой; инфицирование плода анте-интранатально
- 5) инфицирование плода анте-интранатально; воздушно-капельный, половой

Правильный ответ: 4

4. К ФОРМАМ СУЩЕСТВОВАНИЯ ХЛАМИДИЙ ОТНОСЯТСЯ

- 1) вульгарные тельца
- 2) элементарные тельца
- 3) ретикулярные тельца
- 4) элементарные тельца, ретикулярные тельца

5) вульгарные, элементарные, ретикулярные тельца

Правильный ответ: 4

5. У МУЖЧИН ХЛАМИДИИ ВЫЗЫВАЮТ:

1) уретрит

2) эпидидимит, простатит

3) конъюнктивит

4) болезнь Рейтера

5) уретрит, эпидидимит, простатит, конъюнктивит, болезнь Рейтера

Правильный ответ: 5

6. У ЖЕНЩИН ХЛАМИДИИ ВЫЗЫВАЮТ:

1) уретрит

2) бартолинит

3) эндоцервицит

4) эндометрит

5) уретрит; бартолинит, эндоцервицит, эндометрит

Правильный ответ 5

7. ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

1) микробиологического исследования (выделение чистой культуры возбудителя)

2) ПИФ

3) ПЦР, микробиологического исследования

4) ИФА

5) микроскопического исследования

Правильный ответ 3

8. МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ХЛАМИДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) соскоб из уретры или цервикального канала (у девочек - из вульвы)

2) соскоб с конъюнктивы

3) секрет простаты

4) осадок мочи

5) соскоб из уретры или цервикального канала (у девочек - из вульвы), соскоб с конъюнктивы, секрет простаты, осадок мочи

Правильный ответ 5

9. В ЛЕЧЕНИИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НАИМЕНЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ:

1) антибиотики тетрациклинового ряда

2) макролиды

3) сульфопрепараты

4) антибиотики тетрациклинового ряда, макролиды

5) антибиотики тетрациклинового ряда, макролиды, сульфопрепараты

Правильный ответ 3

10. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА:

- 1) окраска мазков метиленовым синим
- 2) окраска мазков по Граму
- 3) выделение возбудителя на клетках Мак-Коя
- 4) окраска мазков по Романовскому-Гимзе
- 5) реакция Колмера

Правильный ответ: 3.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

У больного через несколько дней после половой связи с посторонней женщиной появились необильные слизистые выделения из уретры, рези при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, скудные уретральные выделения.

При обследовании: Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *S. trachomatis*

Больному диагностирован Урогенитальный хламидиоз (хламидийный уретрит).

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Цели лечения.
5. Назначьте лечение больному.

Ответ к задаче №1

1. Хламидийная инфекция – инфекционное заболевание, передаваемое половым путем, возбудителем которого является *Chlamydia trachomatis*. *Chlamydia trachomatis* – грамотрицательная внутриклеточная бактерия, относящаяся к порядку Chlamydiales, семейству Chlamydiaceae, роду *Chlamydia*. Серотипы *Chlamydia trachomatis* А, В, Ва, С – возбудители трахомы; D–К –урогенитального хламидиоза; L1, L2, L3 – венерической лимфогранулемы. Урогенитальный хламидиоз является широко распространенной инфекцией, передаваемой половым путем (ИППП). Неуклонный рост выявляемости заболевания в различных странах объясняется внедрением скрининга хламидийной инфекции и использованием чувствительных методов диагностики, таких как амплификация нуклеиновых кислот.

Распространенность хламидийной инфекции в популяции варьирует в зависимости от возраста, при этом наиболее высокая заболеваемость отмечается у лиц моложе 25 лет. В Российской Федерации заболеваемость хламидийной инфекцией в 2011 году составила 66,3 на 100 000 населения. Однако эти цифры скорее отражают неполную регистрацию заболевания, чем реальную заболеваемость по стране.

2. ■ гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;

■ слизисто-гнойные или слизистые выделения из уретры.

3. Верификация диагноза гонококковой инфекции базируется на результатах лабораторных исследований с помощью одного из методов:

■ молекулярно-биологических, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *S. trachomatis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. Чувствительность методов составляет 98–100%,

специфичность – 100%. На чувствительность исследования могут влиять различные ингибирующие факторы, вследствие которых возможны ложноотрицательные результаты. Ввиду высокой чувствительности методы предъявляют высокие требования к организации и режиму работы лаборатории для исключения контаминации клинического материала;

■ выделения *S. trachomatis* в культуре клеток. Метод не рекомендуется применять в рутинных исследованиях и для установления этиологии бесплодия.

Другие методы лабораторных исследований, в том числе прямая иммуофлюоресценция (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) для обнаружения антител к *S. trachomatis*, микроскопический и морфологический методы недопустимо использовать для диагностики хламидийной инфекции.

4. ■ эрадикация *S. trachomatis*;

■ клиническое выздоровление;

■ предотвращение развития осложнений;

■ предупреждение инфицирования других лиц.

5. Доксициклина моногидрат 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней

Задача №2

Женщина 30 лет обратилась к венерологу по поводу слизисто-гнойных выделений из влагалища. Половая связь с незнакомым мужчиной 10 дней назад.

При осмотре в гинекологических зеркалах: Гиперемия и отечность слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, слизисто-гнойное уретральное отделяемое.

При обследовании: Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *S. trachomatis*

Диагностирован урогенитальный хламидиоз (цервицит, уретрит).

1. Какие субъективные симптомы характерны для данного заболевания у женщин?

2. Необходимые лабораторные исследования при данном заболевании

3. Назначьте лечение больной

4. Контроль излеченности.

5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Ответ к задаче №2

1. ■ гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное уретральное отделяемое;

■ отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

2. Верификация диагноза гонококковой инфекции базируется на результатах лабораторных исследований с помощью одного из методов:

■ молекулярно-биологических, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *S. trachomatis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. Чувствительность методов составляет 98–100%, специфичность – 100%. На чувствительность исследования могут влиять различные ингибирующие факторы, вследствие которых возможны ложноотрицательные результаты. Ввиду высокой чувствительности методы предъявляют высокие требования к организации и режиму работы лаборатории для исключения контаминации клинического материала;

■ выделения *S. trachomatis* в культуре клеток. Метод не рекомендуется применять в рутинных исследованиях и для установления этиологии бесплодия.

3. Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней
4. Установление излеченности хламидийной инфекции на основании культурального метода исследования и методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее чем через месяц после окончания лечения.

При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

5. ■ исключение реинфекции;
■ назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы.

Задача №3

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для исключения инфекции, передаваемой половым путем.

Жалобы на слизисто – гнойные выделения из влагалища. Половая связь с постоянным половым партнером 5 дней назад. В анамнезе невынашивание беременности.

При осмотре: отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

При обследовании: Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *S. trachomatis*

Больной диагностирован урогенитальный хламидиоз (хламидийный цервицит)

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Дифференциальная диагностика заболевания.
3. Лечение беременных женщин.
4. Требования к результатам лечения.
5. Контроль излеченности.

Ответ к задаче №3

1. ■ гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное уретральное отделяемое;
■ отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

2. Симптомы хламидийной инфекции нижних отделов мочеполового тракта – уретрит и цервицит – не являются специфичными, что диктует необходимость проведения лабораторных исследований для исключения других урогенитальных заболеваний, обусловленных патогенными (*N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*) и условно-патогенными микроорганизмами (грибами рода *Candida*, генитальными микоплазмами и микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом) и вирусами (вирусом простого герпеса).

Дифференциальный диагноз хламидийной инфекции верхних отделов половой системы женщин проводят с внематочной беременностью, эндометриозом, осложненной кистой яичника, заболеваниями органов брюшной полости (панкреатитом, холециститом и др.).

3. Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней.

4. ■ эрадикация *S. trachomatis*;
■ клиническое выздоровление.

5. Установление излеченности хламидийной инфекции на основании культурального метода исследования и методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее чем через месяц после окончания лечения.

При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

Задача №4

У ребенка 4 лет диагностирован хламидийный уретрит, вульвовагинит.

1. Какие субъективные симптомы характерны для данного заболевания у детей?
2. Необходимые лабораторные исследования при данном заболевании
3. Назначьте лечение
4. Цели лечения
5. Общие замечания по фармакотерапии.

Ответ к задаче №4

1. ■ слизисто-гнойные выделения из половых путей;
■ зуд и/или жжение в области наружных половых органов;
■ зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании.
2. Верификация диагноза гонококковой инфекции базируется на результатах лабораторных исследований с помощью одного из методов:
■ молекулярно-биологических, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *S. trachomatis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. Чувствительность методов составляет 98–100%, специфичность – 100%. На чувствительность исследования могут влиять различные ингибирующие факторы, вследствие которых возможны ложноотрицательные результаты. Ввиду высокой чувствительности методы предъявляют высокие требования к организации и режиму работы лаборатории для исключения контаминации клинического материала;
■ выделения *S. trachomatis* в культуре клеток. Метод не рекомендуется применять в рутинных исследованиях и для установления этиологии бесплодия.
Другие методы лабораторных исследований, в том числе прямая иммунофлюоресценция (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) для обнаружения антител к *S. trachomatis*, микроскопический и морфологический методы недопустимо использовать для диагностики хламидийной инфекции.
3. Лечение детей (с массой тела менее 45 кг): джозамицин 50 мг/кг массы тела в сутки, разделенные на 3 приема, в течение 7 дней.
4. ■ эрадикация *S. trachomatis*;
■ клиническое выздоровление;
■ предотвращение развития осложнений;
■ предупреждение инфицирования других лиц.
5. Лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных хламидийной инфекцией, проводится при участии неонатологов. Лечение хламидийной инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых с учетом противопоказаний.

Задача №5

К венерологу обратился мужчина 32 лет с жалобами на слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, дизурию, боль в промежности с иррадиацией в область прямой кишки, в нижней части живота, в области мошонки.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала.

При пальпации определяется увеличенный, плотный и болезненный придаток яичка

При обследовании: Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *C. trachomatis*

Больному диагностирован Хламидийный эпидидимоорхит, хламидийный уретрит.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Пути инфицирования у мужчин и женщин
3. Назначить лечение больному
4. Требования к результатам лечения
5. Контроль излеченности

Ответ к задаче №5

1. Хламидийная инфекция – инфекционное заболевание, передаваемое половым путем, возбудителем которого является *Chlamydia trachomatis*. *Chlamydia trachomatis* – грамотрицательная внутриклеточная бактерия, относящаяся к порядку Chlamydiales, семейству Chlamydiaceae, роду *Chlamydia*. Серотипы *Chlamydia trachomatis* A, B, Ba, C – возбудители трахомы; D–K – урогенитального хламидиоза; L1, L2, L3 – венерической лимфогранулемы

Урогенитальный хламидиоз является широко распространенной инфекцией, передаваемой половым путем (ИППП). Неуклонный рост выявляемости заболевания в различных странах объясняется внедрением скрининга хламидийной инфекции и использованием чувствительных методов диагностики, таких как амплификация нуклеиновых кислот.

Распространенность хламидийной инфекции в популяции варьирует в зависимости от возраста, при этом наиболее высокая заболеваемость отмечается у лиц моложе 25 лет. В Российской Федерации заболеваемость хламидийной инфекцией в 2011 году составила 66,3 на 100 000 населения. Однако эти цифры скорее отражают неполную регистрацию заболевания, чем реальную заболеваемость по стране.

2. ■ половой контакт (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным хламидийной инфекцией).

3. Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней. Длительность курса терапии зависит от степени клинических проявлений воспалительных процессов мочеполовых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований. В зависимости от вышеперечисленных факторов длительность терапии может варьировать от 14 до 21 дня.

4. ■ эрадикация *C. trachomatis*;

■ клиническое выздоровление.

5. Установление излеченности хламидийной инфекции на основании культурального метода исследования и методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Составить алгоритм обследования и лечения больных.
2. Провести пальпацию мочеиспускательного канала.
3. Провести пальпацию бульбоуретральных желёз.
4. Провести пальпацию семенных пузырьков и получение их секрета.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Клинические проявления хламидийной инфекции у взрослых и детей.
2. Дифференциальная диагностика хламидийной инфекции.
3. Схемы лечения хламидийной инфекции у взрослых и детей.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (- и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	3	
Дополнительная литература					
1.	Детская дерматология. Цветной атлас и справочник	Кэйн К.	М.: Бином, 2015	3	
2.	Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей	Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2015.	3	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.

3	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063 В. В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей Красноярск : КрасГМУ, 2015.
4	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804 В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.] Красноярск : КрасГМУ, 2014.
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭБС Colibris
7	ЭБС Консультант студента
8	ЭМБ Консультант врача
9	ЭБС ibooks
10	НЭБ e-Library
11	БД Nature
12	БД SAGE Premier
13	БД Oxford University Press
14	БД Scopus
15	БД Web of Science

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №37
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Урогенитальный трихомониаз. Этиология. Патогенез. Эпидемиология.
Клинические проявления. Диагностика. Лечение»**

Индекс темы ОД.О.01.1.3.37

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор _____
Составитель:
к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1.Тема: «Урогенитальный трихомоноз. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клинические проявления. Диагностика. Лечение»

2.Формы работы:

- Работа с нормативными документами и законодательной базой.
- Написание истории болезни.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Современное представление об этиологии и эпидемиологии трихомонадной инфекции.
2. Диагностика трихомонадной инфекции.
3. Дифференциальная диагностика трихомонадной инфекции.
4. Современные методы лечения больных трихомонадной инфекцией.
5. Контроль излеченности больных трихомонадной инфекцией.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. СОГЛАСНО МКБ-10 К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ТРИХОМОНИАЗА ОТНОСЯТСЯ:

- 1) урогенитальный трихомоноз
- 2) трихомоноз других локализаций
- 3) мочеполовой трихомоноз
- 4) урогенитальный трихомоноз, трихомоноз других локализаций
- 5) урогенитальный трихомоноз, трихомоноз других локализаций, мочеполовой трихомоноз

Правильный ответ: 4

2. ИНФИЦИРОВАНИЕ ТРИХОМОНИАЗОМ ПРОИСХОДИТ:

- 1) половым путем
- 2) у детей при прохождении через родовые пути больной матери
- 3) у детей контактно-бытовым путем
- 4) половым; у детей - интранатальным и контактно-бытовым путем
- 5) через воду

Правильный ответ: 4

3. ДЛЯ ТРИХОМОНИАЗА У ЖЕНЩИН ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) выделения из половых путей, нередко – пенистые, с неприятным запахом
- 2) диспареуния, дизурия
- 3) зуд/жжение в области наружных половых органов
- 4) выделения из половых путей, нередко – пенистые, с неприятным запахом; диспареуния, дизурия; зуд/жжение в области наружных половых органов
- 5) выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом; зуд/жжение в области наружных половых органов

Правильный ответ: 4

5. ДЛЯ ТРИХОМОНИАЗА У МУЖЧИН ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) слизистые выделения из уретры

- 2) боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку
- 3) диспареуния и дизурия, редко – гематоспермия
- 4) слизистые выделения из уретры, диспареуния и дизурия, редко – гематоспермия
- 5) слизистые выделения из уретры; боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку; диспареуния и дизурия, редко – гематоспермия

Правильный ответ: 5

6. К МЕТОДАМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРИХОМОНИАЗА, ЗАПРЕЩЕННЫМИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ, ОТНОСЯТСЯ:

- 1) микроскопия нативного препарата
- 2) микроскопия по Граму
- 3) культуральный
- 4) прямая иммунофлюоресценция (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА)
- 5) ПЦР

Правильный ответ: 4

7. ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ, БОЛЬНЫХ ТРИХОМОНИАЗОМ, ПРОВОДИТСЯ

- 1) на любом сроке
- 2) в первом триместре
- 3) во втором триместре
- 4) в третьем триместре
- 5) не проводится

Правильный ответ: 1

8. ОБЩИМИ ЖАЛОБАМИ ДЛЯ ТРИХОМОНИАЗА И БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) выделения из влагалища
- 2) неприятный запах отделяемого
- 3) зуд, жжение или чувство дискомфорта в области наружных половых органов
- 4) эрозии на слизистых оболочках гениталий
- 5) все перечисленное

Правильный ответ: 5

9. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ТРИХОМОНИАЗА У РЕБЕНКА ПОДЛЕЖАТ ОБСЛЕДОВАНИЮ:

- 1) мать и отец
- 2) другие члены семьи, ухаживающие за ребенком (бабушка, сестра)
- 3) персонал группы детского дошкольного учреждения (воспитательница, няня)
- 4) дети, посещающие группу дошкольного детского учреждения
- 5) все перечисленные

Правильный ответ: 1

10. ДИАГНОЗ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОДТВЕРЖДЕН:

- 1) окраской мазков по Папаниколау
- 2) окраской мазков по Цилю-Нильсону
- 3) окраской мазков бриллиантовым зеленым

- 4) кожной пробой
 - 5) микроскопией нативного препарата
- Правильный ответ: 5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

Женщина 27 лет обратилась к венерологу по поводу пенистых, с неприятным запахом выделений из влагалища. Половая связь с незнакомым мужчиной 5 дней назад.

При осмотре в гинекологических зеркалах: Гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища. Жидкие пенистые выделения из влагалища. Гиперемия слизистой оболочки шейки матки.

При обследовании: Микроскопическим исследованием нативного препарата из цервикального канала, боковых и заднего свода влагалища обнаружены трихомонады.

Диагностирован уrogenитальный трихомониаз.

1. Какие субъективные симптомы характерны для данного заболевания у женщин?
2. Необходимые лабораторные исследования при данном заболевании
3. Назначьте лечение больной
4. Контроль излеченности.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Ответ к задаче №1

1. ■ выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом;

■ зуд/жжение в области наружных половых органов;

■ болезненность во время половых контактов (диспареуния);

■ зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);

■ дискомфорт и/или боль в нижней части живота.

2. Верификация диагноза уrogenитального трихомониаза базируется на результатах лабораторных исследований – обнаружении *T. vaginalis* с помощью методов:

■ микроскопического исследования нативного препарата (световое, фазово-контрастное и темнопольное). Особенностью данного метода является немедленное исследование после получения клинического материала. Наибольшая чувствительность и специфичность микроскопического исследования нативного препарата установлена при клинически выраженных формах заболевания;

■ микроскопического исследования препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего, по Граму и Романовскому–Гимзе. Является наиболее доступным методом исследования, однако чувствительность его не превышает 40–60% в связи с субъективной оценкой результатов;

■ молекулярно-биологических методов исследования, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *T. vaginalis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации;

■ культурального исследования (показано при мало- и бессимптомных формах заболевания).

У девочек до наступления менархе диагноз уrogenитального трихомониаза устанавливается на основании результатов микроскопического и/или культурального метода исследования, подтвержденного молекулярно-биологическим методом.

3. Метронидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней.

4. Установление излеченности трихомонадной инфекции на основании микроскопического, культурального метода исследования и методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее, чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

5. ■ исключение реинфекции;

■ назначение иных препаратов или курсовых методик лечения (см. Лечение осложненного, рецидивирующего трихомониаза).

Задача №2

Женщина 25 лет обратилась к венерологу по поводу выделений из влагалища, болезненность во время половых контактов. Половая связь с незнакомым мужчиной 5 дней назад.

При осмотре в гинекологических зеркалах: Гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища, выделения из влагалища. Гиперемия слизистой оболочки шейки матки.

При обследовании: Микроскопическим исследованием нативного препарата из цервикального канала, боковых и заднего свода влагалища обнаружены трихомонады.

Диагностирован урогенитальный трихомониаз.

1. Какие объективные симптомы характерны для данного заболевания у женщин?

2. Показания к проведению лечения.

3. Назначьте лечение больной

4. Требования к результатам лечения.

5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Ответ к задаче №2

1. ■ гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища;

■ зелено-желтые, жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным запахом;

■ эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых органов и/или кожи внутренней поверхности бедер;

■ петехиальные кровоизлияния на слизистой оболочке влагалищной части шейки матки («клубничная» шейка матки).

2. Показанием к проведению лечения является обнаружение *T. vaginalis* при микроскопическом и/или культуральном исследовании и/или исследовании молекулярно-биологическими методами у пациента либо у его полового партнера. Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

3. Метронидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней.

4. ■ эрадикация *T. vaginalis*;

■ клиническое выздоровление.

5. ■ исключение реинфекции;

■ назначение иных препаратов или курсовых методик лечения

Задача №3

У больного через несколько дней после половой связи с посторонней женщиной появились необильные слизистые выделения из уретры, рези при мочеиспускании.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, скудные уретральные выделения.

При обследовании: Микроскопическое исследование клинического материала из уретры: (препарат окрашен по Романовскому-Гимзе) -обнаружены трихомонады

Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *T.vaginalis* .

Больному диагностирован Урогенитальный трихомониаз.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Цели лечения.
5. Назначьте лечение больному.

Ответ к задаче №3

1. Урогенитальный трихомониаз – инфекция, передаваемая половым путем, возбудителем которой является простейший одноклеточный паразит *Trichomonas vaginalis*. Урогенитальный трихомониаз является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). В структуре всех ИППП трихомониаз занимает одно из первых мест и лидирует по частоте выявления у лиц, обратившихся за специализированной дерматовенерологической, акушерско-гинекологической и урологической помощью по поводу инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта. В Российской Федерации за последние 5 лет отмечено снижение уровня заболеваемости с 199,5 на 100 000 населения в 2006 году до 112,2 на 100 000 населения в 2011 году.

2. ■ слизистые выделения из уретры;

- зуд/жжение в области уретры;
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
- гематоспермия (редко);
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

3. Верификация диагноза урогенитального трихомониаза базируется на результатах лабораторных исследований – обнаружении *T. vaginalis* с помощью методов:

- микроскопического исследования нативного препарата (световое, фазово-контрастное и темнопольное). Особенностью данного метода является немедленное исследование после получения клинического материала. Наибольшая чувствительность и специфичность микроскопического исследования нативного препарата установлена при клинически выраженных формах заболевания;
- микроскопического исследования препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего, по Граму и Романовскому–Гимзе. Является наиболее доступным методом исследования, однако чувствительность его не превышает 40–60% в связи с субъективной оценкой результатов;
- молекулярно-биологических методов исследования, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *T.vaginalis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации;
- культурального исследования (показано при мало- и бессимптомных формах заболевания).

У девочек до наступления менархе диагноз урогенитального трихомониаза устанавливается на основании результатов микроскопического и/или культурального метода исследования, подтвержденного молекулярно-биологическим методом.

4. ■ эрадикация *T. vaginalis*;

- клиническое выздоровление;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

5. Орнидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней.

Задача №4

На консультацию к венерологу направлена девочка 10 лет. Жалобы на выделения из половых путей серо-желтого цвета, зуд в области наружных половых органов, болезненность при мочеиспускании.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, скудные уретральные выделения, зелено-желтые, жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным запахом; эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых органов и кожи внутренней поверхности бедер.

При обследовании: Микроскопическое исследование клинического материала из уретры и влагалища: (препарат окрашен по Романовскому-Гимзе) -обнаружены трихомонады.

Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *T.vaginalis* .

Больной диагностирован Урогенитальный трихомониаз.

1. Пути инфицирования у детей.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у детей?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза у детей?
4. Особенности лечения детей.
5. Требования к результатам лечения.

Ответ к задаче №4

1. ■ прохождение через родовые пути больной матери;
■ половой контакт;
■ контактно-бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми).
2. ■ выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом;
■ зуд/жжение в области наружных половых органов;
■ зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
■ дискомфорт и/или боль в нижней части живота.
3. У девочек до наступления менархе диагноз урогенитального трихомониаза устанавливается на основании результатов микроскопического и/или культурального метода исследования, подтвержденного молекулярно-биологическим методом.
4. Метронидазол 10 мг/кг массы тела внутрь 3 раза в сутки в течение 5 дней или Орнидазол 25 мг/кг массы тела 1 раз в сутки в течение 5 дней.
5. ■ эрадикация *T. vaginalis*;
■ клиническое выздоровление.

Задача №5

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для исключения инфекции, передаваемой половым путем.

Жалобы на слизисто – гнойные выделения из влагалища. Половая связь с постоянным половым партнером 5 дней назад.

При осмотре: отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, зелено-желтые выделения из влагалища.

При обследовании: В отделяемом уретры, в мазке из влагалища обнаружены трихомонады. В отделяемом цервикального канала обнаружены 10 полиморфноядерных лейкоцитов.

Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *T.vaginalis*.

Больной диагностирован урогенитальный трихомониаз.

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Осложнения трихомонадной инфекции у женщин.
3. Лечение беременных женщин.
4. Требования к результатам лечения.
5. Контроль излеченности.

Ответ к задаче №5

1. ■ гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища;
■ зелено-желтые, жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным запахом;
■ эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых органов и/или кожи внутренней поверхности бедер;
■ петехиальные кровоизлияния на слизистой оболочке влагалищной части шейки матки («клубничная» шейка матки).
2. К основным осложнениям трихомонадной инфекции у женщин относятся: развитие воспалительных заболеваний органов малого таза (сальпингоофорита, эндометрита), пельвиоперитонита, цистита и пиелонефрита. Урогенитальный трихомониаз может неблагоприятно влиять на беременность и ее исход.
3. Лечение беременных осуществляется на любом сроке для предотвращения преждевременного разрыва плодных оболочек, преждевременных родов и низкой массы плода: метронидазол 2,0 г однократно.
4. ■ эрадикация *T. vaginalis*;
■ клиническое выздоровление.
5. Установление излеченности трихомонадной инфекции на основании микроскопического, культурального метода исследования и методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее, чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Алгоритм обследования и лечения больных трихомониазом.
2. Пальпация мочеиспускательного канала.
3. Пальпация бульбоуретральных желёз.
4. Пальпация семенных пузырьков и получение их секрета.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Клинические проявления трихомонадной инфекции у взрослых и детей.
2. Дифференциальная диагностика трихомонадной инфекции.
3. Схемы лечения трихомонадной инфекции у взрослых и детей.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (-ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	3	
Дополнительная литература					
1.	Детская дерматология. Цветной атлас и справочник	Кэйн К.	М.: Бином, 2015	3	
2.	Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей	Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2015.	3	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063 В. В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. Гузей Красноярск : КрасГМУ, 2015.
4	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804 В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.] Красноярск : КрасГМУ, 2014.
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭБС Colibris

7	ЭБС Консультант студента
8	ЭМБ Консультант врача
9	ЭБС ibooks
10	НЭБ e-Library
11	БД Nature
12	БД SAGE Premier
13	БД Oxford University Press
14	БД Scopus
15	БД Web of Science

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №38
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Урогенитальный заболевания,
вызванные *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*.
Этиология. Патогенез. Клинические проявления».**

Индекс темы ОД.О.01.1.3.38

Утверждены на кафедральном заседании
протокол № ___ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор _____

Составитель:

к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1.Тема: «Урогенитальный заболевания,вызванные Ureaplasma spp., Mycoplasma hominis. Этиология. Патогенез. Клинические проявления»

2.Формы работы:

- Проработка учебного материала по учебной и научной литературе.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиологические и патогенетические факторы развития микоплазменной и уреаплазменной инфекций.
2. Классификация.
3. Особенности клинических проявлений инфекций у взрослых и детей.
4. Диагностические тесты, позволяющие верифицировать микоплазмоз и уреаплазмоз.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP. У ЖЕНЩИН:

- 1) слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) слизисто-гнойные выделения из половых путей, диспареуния, дизурия, дискомфорт или боль в области нижней части живота.
- 5) дискомфорт или боль в области нижней части живота

Правильный ответ: 4

2. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP. У ЖЕНЩИН:

- 1) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
- 2) слизисто-гнойное уретральное отделяемое
- 3) слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища
- 4) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, слизисто-гнойное уретральное отделяемое, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и цервикального канала.
- 5) слизисто-гнойные выделения из цервикального канала

Правильный ответ: 4

3. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP. У МУЖЧИН:

- 1) слизисто- гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

5) слизисто- гнойные или слизистые необильные выделения из уретры, диспареуния, дизурия, боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Правильный ответ: 5

4. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP У МУЖЧИН:

1) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала

2) инфильтрация стенок уретры

3) слизисто-гнойные выделения из уретры

4) слизистые выделения из уретры

5) гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные выделения из уретры, слизистые выделения из уретры

Правильный ответ: 5

5. ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP:

1) клиническое выздоровление, предотвращение развития осложнений, ликвидация лабораторных признаков воспаления;

2) клиническое выздоровление;

3) предотвращение развития осложнений;

4) ликвидация лабораторных признаков воспаления.

Правильный ответ: 1

6. ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP:

1) джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

2) доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

3) джозамицин по 250 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

4) вильпрафен по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

5) ампициллин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

Правильный ответ: 1

7. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ MYCOPLASMA HOMINIS И UREAPLASMA SPP НА ОСНОВАНИИ:

1) микроскопического исследования материала из уретры через 10 дней после окончания лечения

2) микроскопического исследования материала из влагалища через 10 дней

3) культурального исследования материала из уретры через 10 дней

4) культурального исследования материала из влагалища через 10 дней

5) микроскопического и культурального исследования материала из уретры, влагалища и цервикального канала через месяц после окончания лечения

Правильный ответ: 5

8. ТАКТИКА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ:

- 1) дополнительное обследование на наличие иных возбудителей инфекционного процесса
- 2) назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы
- 3) увеличение длительности терапии до 14 дней
- 4) дополнительное обследование на наличие иных возбудителей инфекционного процесса, назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы, увеличение длительности терапии до 14 дней.
- 5) увеличение длительности терапии до 21 дня

Правильный ответ: 4

9. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ЛЕЧЕНИЯ АССОЦИАЦИЯ ГОНОКОККОВ:

- 1) разрешение клинических признаков воспаления.
- 2) разрешение лабораторных признаков воспаления
- 3) эрадикация *M. hominis*
- 4) эрадикация *Ureaplasma spp.*
- 5) разрешение клинических и лабораторных признаков воспаления

Правильный ответ: 5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

У больного через несколько дней после половой связи с посторонней женщиной появились необильные слизистые выделения из уретры, рези при мочеиспускании.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы. При пальпации стенки уретры инфильтрированы.

При обследовании: Микроскопическое исследование клинического материала из уретры: в отделяемом уретры 10 полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*.

Больному диагностирован Уретрит, вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Цели лечения.
5. Назначьте лечение больному.

Ответ к задаче №1

1. *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma spp.* – условно-патогенные микроорганизмы, проявление патогенных свойств которых происходит при определенных условиях. Уреаплазмы способны вызывать уретрит у мужчин (*U. urealyticum*) и, вероятно, цервицит, цистит, ВЗОМТ, а также осложнения течения беременности, послеродовые и послеабортные осложнения у женщин. Частота обнаружения *Ureaplasma spp.* и *Mycoplasma hominis* широко варьирует в различных популяционных группах, составляя от 10 до 50% (по данным ряда авторов, – до 80%). Уреаплазмы и *M. hominis* могут выявляться у клинически здоровых лиц (в 5–20% наблюдений). Экспертами Всемирной организации здравоохранения (WHO 2006 г.) *U. urealyticum* определена как потенциальный возбудитель неспецифических негонококковых уретритов у мужчин и, возможно, ВЗОМТ у женщин. В то же время, эксперты Центра по контролю и профилактике заболеваний США (CDC, 2010) не считают доказанной этиологическую роль и клиническое

значение генитальных микоплазм (за исключением *M. genitalium*). До настоящего времени не получено достаточного количества данных о причинной связи генитальных микоплазм (*M. hominis* и *Ureaplasma spp.*) с рецидивирующими спонтанными абортами и невынашиванием беременности. В то же время, при отягощенном акушерском анамнезе целесообразно проведение диагностических и лечебных мероприятий, направленных на выявление и эрадикацию потенциальных возбудителей ВЗОМТ.

2. ■ слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;

■ зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);

■ дискомфорт, зуд, жжение в области уретры;

■ болезненность во время половых контактов (диспареуния);

■ учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса);

■ боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку

3. Верификация диагноза заболеваний, вызванных *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*, базируется на результатах лабораторных исследований с помощью одного из методов:

■ молекулярно-биологических, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации

или

■ культурального исследования с выделением и идентификацией *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*. Целесообразность применения методики количественного определения, как и клиническое значение полученных результатов, убедительно не доказаны.

Микроскопическое исследование клинического материала из уретры, влагалища и цервикального канала является обязательным и проводится с целью:

■ оценки степени лейкоцитарной реакции;

■ оценки состояния эпителия уретры, влагалища, цервикального канала;

■ исключения сопутствующих ИППП (гонококковая инфекция, урогенитальный трихомониаз);

■ оценки состояния микробиоценоза влагалища.

Диагностическими критериями, подтверждающими наличие уретрита у мужчин, являются обнаружение:

■ в отделяемом уретры 5 и более полиморфноядерных лейкоцитов в поле

зрения при просмотре более 5 полей зрения при увеличении светового микроскопа $\times 1000$;

■ в осадке первой порции мочи 10 и более лейкоцитов при увеличении светового микроскопа $\times 400$.

4. ■ клиническое выздоровление;

■ ликвидация лабораторных признаков воспаления;

■ предотвращение развития осложнений.

5. Джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.

Задача №2

Женщина 35 лет обратилась к венерологу по поводу слизисто – гнойных выделений из влагалища, «мажущими» кровянистыми выделениями, незначительными режиями при мочеиспускании. Половая связь с постоянным половым партнером 10 дней назад.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы. При пальпации стенки уретры инфильтрированы. Отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и из цервикального канала.

При обследовании: В отделяемом уретры обнаружены 20 полиморфноядерных лейкоцитов. В мазке из влагалища отношение полиморфноядерных лейкоцитов к клеткам плоского эпителия 8:1. В отделяемом цервикального канала обнаружены 15 полиморфноядерных лейкоцитов. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*.

Больной диагностирован Уретрит, вагинит, цервицит, вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*.

1. Какие субъективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
3. Цели лечения
4. Схемы лечения.
5. Контроль излеченности.

Ответ к задаче №2

1. ■ слизисто-гнойные выделения из половых путей;
■ ациклические «мажущие» кровянистые выделения;
■ болезненность во время половых контактов (диспареуния);
■ зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
■ дискомфорт или боль в нижней части живота.
2. Показанием к проведению лечения является наличие клинико-лабораторных признаков инфекционно-воспалительного процесса, при котором не выявлены другие, более вероятные возбудители, например *S. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*. При выявлении *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* в количестве > 10⁴ КОЕ (ГЭ)/мл(г) и при отсутствии клинических и/или лабораторных признаков воспалительного процесса мочеполовой системы лечение не проводится. Показанием к проведению лечения при отсутствии клинических признаков воспалительного процесса является выявление *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis* у доноров спермы, лиц с диагнозом «Бесплодие» и женщин с невынашиванием беременности и перинатальными потерями в анамнезе.
Половые партнеры лиц, инфицированных *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*, подлежат лечению при наличии у них клинической симптоматики и лабораторных признаков воспалительного процесса мочеполовых органов (при исключении иной этиологии данного воспалительного процесса).
3. ■ клиническое выздоровление;
■ ликвидация лабораторных признаков воспаления;
■ предотвращение развития осложнений.
4. ■ джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
■ доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней.
5. Установление излеченности заболеваний, вызванных *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*, проводится на основании микроскопического исследования клинического материала из уретры, влагалища и цервикального канала (для оценки лабораторных признаков воспалительного процесса), культурального метода исследования и методов амплификации РНК (NASBA) – через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее чем через месяц после окончания лечения.

Задача №3

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для исключения инфекции, передаваемой половым путем.

Жалобы на слизисто – гнойные выделения из влагалища. В анамнезе: «мажущие» кровянистые выделения. Половая связь с постоянным половым партнером 5 дней назад.

При пальпации стенки уретры инфильтрированы. Отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и из цервикального канала.

При обследовании: В отделяемом уретры обнаружены 4 полиморфноядерных лейкоцита. В мазке из влагалища отношение полиморфноядерных лейкоцитов к клетками плоского эпителия 6:1.

В отделяемом цервикального канала обнаружены 10 полиморфноядерных лейкоцитов. Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*.

Больной диагностирован Вагинит, цервицит, вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*.

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
3. Лечение беременных женщин.
4. Требования к результатам лечения.
5. Контроль излеченности.

Ответ к задаче №3

1. ■ гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное уретральное отделяемое; ■ отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и из цервикального канала.

2. Показанием к проведению лечения при отсутствии клинических признаков воспалительного процесса является выявление *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis* у доноров спермы, лиц с диагнозом «Бесплодие» и женщин с невынашиванием беременности и перинатальными потерями в анамнезе. Половые партнеры лиц, инфицированных *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*, подлежат лечению при наличии у них клинической симптоматики и лабораторных признаков воспалительного процесса мочеполовых органов (при исключении иной этиологии данного воспалительного процесса).

3. Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.

4. Разрешение клинических и лабораторных признаков воспаления; эрадикация *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* не является требованием к результатам лечения.

5. Установление излеченности заболеваний, вызванных *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*, проводится на основании микроскопического исследования клинического материала из уретры, влагалища и цервикального канала (для оценки лабораторных признаков воспалительного процесса), культурального метода исследования и методов амплификации РНК (NASBA) – через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее чем через месяц после окончания лечения.

Задача №4

У больного через пять дней после половой связи с постоянной половой партнершей появились слизистые выделения из уретры, зуд в области уретры, диспареуния.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы. При пальпации стенки уретры инфильтрированы.

При обследовании: Микроскопическое исследование клинического материала из уретры: в отделяемом уретры 10 полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения.

Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*.

Больному диагностирован Уретрит, вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*.

1. Этиология данного заболевания.
2. Какие объективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Схемы лечения.
4. Требования к результатам лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Ответ к задаче №4

1. *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma spp.* – условно-патогенные микроорганизмы, проявление патогенных свойств которых происходит при определенных условиях. Уреаплазмы способны вызывать уретрит у мужчин (*U. urealyticum*) и, вероятно, цервицит, цистит, ВЗОМТ, а также осложнения течения беременности, послеродовые и послеабортные осложнения у женщин.

2. ■ гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное уретральное отделяемое;
■ отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и из цервикального канала.

3. ■ джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

■ доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней.

4. Разрешение клинических и лабораторных признаков воспаления; эрадикация *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* не является требованием к результатам лечения.

5. ■ дополнительное обследование на наличие иных возбудителей инфекционного процесса;

■ назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы;

■ увеличение длительности терапии до 14 дней.

Задача №5

Женщина 27 лет обратилась к венерологу с жалобами на слизисто – гнойные выделения из влагалища, ациклические «мажущие» кровянистые выделения, болезненность при мочеиспускании, боль в нижней части живота. Замужем. В анамнезе невынашивание беременности.

При осмотре: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, слизисто-гнойное уретральное отделяемое; отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища и из цервикального канала.

При обследовании: В отделяемом уретры обнаружены 18 полиморфноядерных лейкоцитов. В мазке из влагалища отношение полиморфноядерных лейкоцитов к клеткам плоского эпителия 15:1. В отделяемом цервикального канала обнаружены 20 полиморфноядерных лейкоцитов

Молекулярно-биологическим методом обнаружены специфические фрагменты ДНК и РНК *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*.

Больной диагностирован Уретрит, вагинит, цервицит, вызванный *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*.

1. Какие субъективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
3. Цели лечения
4. Схемы лечения.
5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Ответ к задаче №5

1. ■ слизисто-гнойные выделения из половых путей;
■ ациклические «мажущие» кровянистые выделения;
■ болезненность во время половых контактов (диспареуния);
■ зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
■ дискомфорт или боль в нижней части живота.

2. Показанием к проведению лечения является наличие клинико-лабораторных признаков инфекционно-воспалительного процесса, при котором не выявлены другие, более вероятные возбудители, например *S. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*. При выявлении *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* в количестве > 10⁴ КОЕ (ГЭ)/мл(г) и при отсутствии клинических и/или лабораторных признаков воспалительного процесса мочеполовой системы лечение не проводится. Показанием к проведению лечения при отсутствии клинических признаков воспалительного процесса является выявление *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis* у доноров спермы, лиц с диагнозом «Бесплодие» и женщин с невынашиванием беременности и перинатальными потерями в анамнезе.

Половые партнеры лиц, инфицированных *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*, подлежат лечению при наличии у них клинической симптоматики и лабораторных признаков воспалительного процесса мочеполовых органов (при исключении иной этиологии данного воспалительного процесса).

3. ■ клиническое выздоровление;
■ ликвидация лабораторных признаков воспаления;
■ предотвращение развития осложнений.
4. ■ джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней
■ доксициклина моногидрат по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней.
5. ■ дополнительное обследование на наличие иных возбудителей инфекционного процесса;
■ назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы;
■ увеличение длительности терапии до 14 дней.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Осмотр половых органов у женщин.
2. Осмотр половых органов у мужчин.
3. Осмотр аногенитальной области.
4. Взятие мазка из мочеиспускательного канала.
5. Взятие мазка из цервикального канала.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Клинические проявления микоплазменной и уреоплазменной инфекции у взрослых и детей.
2. Дифференциальная диагностика микоплазменной и уреоплазменной инфекции.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	3	
Дополнительная литература					
1.	Детская дерматология. Цветной атлас и справочник	Кэйн К.	М.: Бином, 2015	3	
2.	Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей	Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2015.	3	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. ИвановМ. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063 В. В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. ГузейКрасноярск : КрасГМУ, 2015.
4	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804 В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]Красноярск : КрасГМУ, 2014.
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭБС Colibris

7	ЭБС Консультант студента
8	ЭМБ Консультант врача
9	ЭБС ibooks
10	НЭБ e-Library
11	БД Nature
12	БД SAGE Premier
13	БД Oxford University Press
14	БД Scopus
15	БД Web of Science

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И. Прохоренкова.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ №39
К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ.
по дисциплине «Дерматовенерология»
для специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»
(очная форма обучения)**

**ТЕМА: «Урогенитальный кандидоз. Диагностика. Лечение»
Индекс темы ОД.О.01.1.3.39**

Утверждены на кафедральном заседании

протокол № ____ от «___» _____ 2018г.

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор _____

Составитель:

к.м.н., доцент _____

Карачева Ю.В.

Яковлева Т.А. _____

Красноярск
2018

1. Тема: «Урогенитальный кандидоз. Диагностика. Лечение»

2. Формы работы:

- Конспектирование первоисточников и другой учебной литературы.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Диагностические критерии урогенитального кандидоза.
2. Дифференциальная диагностика урогенитального кандидоза.
3. Схемы лечения. Особые ситуации.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

Выберите один правильный ответ.

1. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗА ВУЛЬВЫ И ВАГИНЫ У ЖЕНЩИН:

- 1) белые или желтовато-белые творожистые выделения из половых путей;
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) белые или желтовато-белые творожистые выделения из половых путей, диспареуния, дизурия, дискомфорт в области наружных половых органов
- 5) дискомфорт в области наружных половых органов

Правильный ответ: 4

2. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗА ВУЛЬВЫ И ВАГИНЫ. У ЖЕНЩИН:

- 1) гиперемия и отечность в области вульвы, влагалища
- 2) белые или желтовато-белые творожистые выделения на слизистой вульвы и во влагалище
- 3) трещины кожных покровов и слизистых оболочек в области вульвы и перианальной области
- 4) гиперемия и отечность в области вульвы, влагалища, белые или желтовато-белые творожистые выделения на слизистой вульвы и во влагалище, трещины кожных покровов и слизистых оболочек в области вульвы и перианальной области; сухость, атрофичность, лихенификация в области поражения.
- 5) сухость, атрофичность, лихенификация в области поражения.

Правильный ответ: 4

3. СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗНОГО БАЛАНИТА У МУЖЧИН:

- 1) дискомфорт в области наружных половых органов
- 2) диспареуния
- 3) дизурия
- 4) покраснение и отечность в области головки полового члена, высыпания, покрытые белым налетом.
- 5) дискомфорт в области наружных половых органов, диспареуния, дизурия, покраснение и отечность в области головки полового члена, высыпания, покрытые белым налетом.

Правильный ответ: 5

4. ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗНОГО БАЛАНИТА У МУЖЧИН:

- 1) гиперемия и отечность в области головки полового члена

- 2) высыпания в виде пятен, папул в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом;
- 3) высыпания в виде эрозий в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом;
- 4) трещины в области головки полового члена
- 5) гиперемия и отечность в области головки полового члена, высыпания в виде пятен, папул в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом, высыпания в виде эрозий в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом, трещины в области головки полового члена

Правильный ответ: 5

5. ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА:

- 1) клиническое выздоровление
- 2) клиническое выздоровление, предотвращение развития осложнений, нормализация лабораторных показателей
- 3) предотвращение развития осложнений;
- 4) нормализация лабораторных показателей.

Правильный ответ: 2

6. ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗА ВУЛЬВЫ И ВАГИНЫ:

- 1) клотримазол 1% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7–14 дней
- 2) итраконазол 200 мг внутрь однократно
- 3) флуконазол 150 мг внутрь в течении 3 дней
- 4) миконазол вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней
- 5) бутоконазол 2% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7 дней

Правильный ответ: 1

7. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ:

- 1) 10 дней
- 2) 21 день
- 3) 30 дней
- 4) 7 дней
- 5) 14 дней

Правильный ответ: 5

8. ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ:

- 1) флуконазол 2 мг на 1 кг массы тела – суточная доза внутрь однократно
- 2) натамицин 2% крем 1 раз в сутки в течение 3 дней.
- 3) итраконазол 200 мг внутрь однократно
- 4) флуконазол 150 мг внутрь в течении 3 дней
- 5) бутоконазол 2% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7 дней

Правильный ответ: 1

9. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ:

- 1) клиническое выздоровление
- 2) нормализация микроскопической картины
- 3) клиническое выздоровление, нормализация микроскопической картины и показателей культурального исследования.
- 4) нормализация показателей культурального исследования.

Правильный ответ:3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

Женщина 25 лет обратилась к венерологу по поводу белых творожистых густых выделений из половых путей, болезненности во время половых контактов, болезненности при мочеиспускании

При осмотре: Отечность и гиперемия слизистой оболочки вульвы и влагалища; сливкообразные вагинальные выделения.

Микроскопическое исследование нативных препаратов в мазках из влагалища обнаружело грибы рода Candida.

Больной диагностирован: Кандидоз вульвы и вагины.

1. Какие субъективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Показания к проведению лечения.
3. Цели лечения
4. Назначить лечение больной.
5. Контроль излеченности.

Ответ к задаче №1

1. ■ белые или желтовато-белые творожистые густые или сливкообразные выделения из половых путей, как правило, усиливающиеся перед менструацией;
 ■ зуд и/или жжение на коже и слизистых оболочках аногенитальной области;
 ■ дискомфорт в области наружных половых органов;
 ■ болезненность во время половых контактов (диспареуния);
 ■ зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия).
2. Показанием к проведению лечения является установленный на основании клинико-лабораторных исследований диагноз урогенитального кандидоза.
3. ■ клиническое выздоровление;
 ■ нормализация лабораторных показателей: отсутствие элементов грибов и повышенного количества лейкоцитов при микроскопии отделяемого мочеполового тракта, отсутствие роста или значительное снижение концентрации грибов при культуральном исследовании;
 ■ предотвращение развития осложнений, связанных с беременностью, послеродовым периодом и выполнением инвазивных гинекологических процедур.
4. Натамицин вагинальные суппозитории 100мг 1 раз в сутки в течение 6 дней.
5. Установление излеченности рекомендуется проводить через 14 дней после окончания лечения.

Задача №2

У больного через несколько дней после половой связи с посторонней женщиной появилось покраснение и отечность в области головки полового члена, болезненность во время половых контактов.

При осмотре: покраснение и отечность в области головки полового члена.

Микроскопическое исследование нативного препарата с поверхности головки полового члена-обнаружены грибы рода *Candida*.

Больному диагностирован Кандидозный баланит.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Какие субъективные симптомы характерны для данной инфекции у мужчин?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?
4. Цели лечения.
5. Назначьте лечение больному.

Ответ к задаче №2

1. Урогенитальный кандидоз – воспалительное заболевание, обусловленное дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Урогенитальный кандидоз является широко распространенным заболеванием, может возникать у лиц обоего пола и наиболее часто наблюдается у женщин репродуктивного возраста. Частота регистрации кандидозного вульвовагинита за последние 10 лет почти удвоилась и составляет 30–45% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища. По данным исследователей, 70–75% женщин имеют в течение жизни хотя бы один эпизод кандидозного вульвовагинита, при этом в 5–10% случаев заболевание становится рецидивирующим. Кандидозный вульвовагинит редко встречается у девочек до наступления менархе, однако, к 25 годам уже около 50% женщин, а к началу периода менопаузы – около 75% женщин имеют хотя бы один диагностированный врачом эпизод заболевания. Также известно, что кандидозный вульвовагинит почти не встречается у женщин в постменопаузе, за исключением женщин, получающих заместительную гормональную терапию.

2. ■ покраснение и отечность в области головки полового члена;

■ высыпания в области головки полового члена, нередко покрытые белым налетом;

■ зуд и/или жжение на коже и слизистой оболочке аногенитальной области;

■ дискомфорт в области наружных половых органов;

■ диспареуния (болезненность во время половых контактов);

■ дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании).

3. Верификация диагноза урогенитального кандидоза базируется на результатах лабораторных исследований:

■ микроскопического исследования нативных препаратов, препаратов с добавлением 10% раствора КОН и препаратов, окрашенных по Граму (преобладание вегетирующих форм грибов *Candida* – псевдомицелия и почкующихся дрожжевых клеток); чувствительность микроскопического исследования влагалищного экссудата составляет 65–85%, специфичность (в сочетании с клиническими проявлениями) – 100%;

■ культурального исследования (рост колоний грибов *Candida* в количестве более 10³ КОЕ/мл). Культуральное исследование показано при отрицательном результате микроскопического исследования и наличии клинических проявлений;

■ для видовой идентификации грибов рода *Candida* могут быть использованы молекулярно-биологические методы, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *Candida*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. Необходимость видовой идентификации возбудителя в практическом отношении обусловлена устойчивостью некоторых видов *Candida* к антимикотическим препаратам.

4. ■ клиническое выздоровление;

- нормализация лабораторных показателей: отсутствие элементов грибов и повышенного количества лейкоцитов при микроскопии отделяемого мочевого тракта, отсутствие роста или значительное снижение концентрации грибов при культуральном исследовании;
 - предотвращение развития осложнений, связанных с беременностью, послеродовым периодом и выполнением инвазивных гинекологических процедур.
5. Миконазол 2% крем 2 раза в сутки в течение 7 дней.

Задача №3

Гинекологом женской консультации направлена к венерологу беременная женщина для исключения инфекции, передаваемой половым путем.

Жалобы на белые, творожистые, густые выделения из половых путей, болезненность во время половых контактов, болезненность при мочеиспускании.

При осмотре: Отечность и гиперемия слизистой оболочки вульвы и влагалища; сливкообразные вагинальные выделения, трещины в области вульвы.

Микроскопическое исследование нативного препарата из влагалища -обнаружены грибы рода *Candida*, в мазке из уретры грибы рода *Candida* не обнаружены.

Больной диагностирован: Кандидоз вульвы и вагины.

1. Какие объективные симптомы характерны при данной инфекции у женщин?
2. Осложнения урогенитального кандидоза у женщин.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Особенности лечения беременных.
5. Контроль излеченности.

Ответ к задаче №3

1.
 - гиперемия и отечность в области вульвы, влагалища;
 - белые, желтовато-белые творожистые густые или сливкообразные вагинальные выделения на слизистой оболочке вульвы и во влагалище;
 - трещины кожных покровов и слизистых оболочек в области вульвы, задней спайки влагалища и перианальной области;
 - при рецидивирующем кандидозном вульвовагинте может наблюдаться сухость, атрофичность, лихенификация в области поражения, скудные беловатые вагинальные выделения.
2. К осложнениям урогенитального кандидоза у женщин относится развитие ВЗОМТ, возможно вовлечение в патологический процесс мочевыделительной системы (уретроцистит). На фоне урогенитального кандидоза возрастает частота развития осложнений течения беременности, а также увеличивается риск ante- или интранатального инфицирования плода. Кандидоз плода может привести к его внутриутробной гибели и преждевременным родам.
3. Следует проводить дифференциальный диагноз с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. vaginalis*, *M. genitalium*), условно-патогенными микроорганизмами, в том числе ассоциированными с бактериальным вагинозом, вирусами (вирусом простого герпеса), а также аллергическими вульвовагинитами и баланопоститами.
4. Применяют местнодействующие антимикотические средства:
 - натамицин вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки в течение 3–6 дней (разрешен к применению с 1-го триместра беременности);
 - или

■ клотримазол вагинальная таблетка 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней или 1% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7 дней (разрешен к применению у беременных со 2-го триместра).

5. Установление излеченности рекомендуется проводить через 14 дней после окончания лечения.

Задача №4

К венерологу обратилась женщина 27 лет с жалобами на белые творожистые выделения из влагалища, болезненности во время половых контактов.

При осмотре: Отечность и гиперемия слизистой оболочки вульвы и влагалища; творожистые вагинальные выделения.

Микроскопическое исследование препаратов из влагалища, окрашенных по Граму обнаружены грибы рода Candida.

Больной диагностирован: Кандидоз вульвы и вагины.

1 Осложнения урогенитального кандидоза у женщин.

2. Показания к проведению лечения.

3. Схемы лечения кандидоза вульвы и вагины

4. Требования к результатам лечения.

5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

Ответ к задаче №4

1. К осложнениям урогенитального кандидоза у женщин относится развитие ВЗОМТ, возможно вовлечение в патологический процесс мочевыделительной системы (уретроцистит). На фоне урогенитального кандидоза возрастает частота развития осложнений течения беременности, а также увеличивается риск ante- или интранатального инфицирования плода. Кандидоз плода может привести к его внутриутробной гибели и преждевременным родам.

2. Показанием к проведению лечения является установленный на основании клинико-лабораторных исследований диагноз урогенитального кандидоза.

3. ■ натамицин вагинальные суппозитории 100мг 1 раз в сутки в течение 6 дней

или

■ клотримазол вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней или 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней

или

■ клотримазол 1% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7–14 дней

или

■ итраконазол вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 10 дней

или

■ миконазол вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки перед сном в

течение 7 дней

или

■ бутконазол 2% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 3 дней

или

■ флуконазол 150 мг внутрь однократно

или

■ итраконазол 200 мг внутрь 1 раз в день в течение 3 дней.

4. ■ клиническое выздоровление;

■ нормализация микроскопической картины и показателей культурального исследования.

5. Назначение иных препаратов или методик лечения.

Задача №5

К венерологу обратился больной 28 лет с жалобами на высыпания в области головки полового члена, зуд при мочеиспускании.

При осмотре: пятна и папулы в области головки полового члена, покрытые белым налетом; гиперемия и отечность губок уретры.

Микроскопическое исследование препарата с поверхности головки полового члена и уретры, окрашенного по Граму- обнаружены грибы рода *Candida*.

Больному диагностирован Кандидозный баланит, уретрит.

1. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
2. Дифференциальная диагностика урогенитального кандидоза у мужчин.
3. Общие замечания по фармакотерапии.
4. Лечение рецидивирующего урогенитального кандидоза
5. Требования к результатам лечения.

Ответ к задаче №5

1. Урогенитальный кандидоз – воспалительное заболевание, обусловленное дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Урогенитальный кандидоз является широко распространенным заболеванием, может возникать у лиц обоего пола и наиболее часто наблюдается у женщин репродуктивного возраста.

Частота регистрации кандидозного вульвовагинита за последние 10 лет почти удвоилась и составляет 30–45% в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища. По данным исследователей, 70–75% женщин имеют в течение жизни хотя бы один эпизод кандидозного вульвовагинита, при этом в 5–10% случаев заболевание становится рецидивирующим. Кандидозный вульвовагинит редко встречается у девочек до наступления менархе, однако, к 25 годам уже около 50% женщин, а к началу периода менопаузы – около 75% женщин имеют хотя бы один диагностированный врачом эпизод заболевания. Также известно, что кандидозный вульвовагинит почти не встречается у женщин в постменопаузе, за исключением женщин, получающих заместительную гормональную терапию.

2. Дифференциальный диагноз кандидозного баланопостита необходимо проводить с кольцевидным баланитом, характеризующимся появлением серо-белых пятен на головке полового члена, сливающихся в крупные очаги с четкой белой границей, и склеротическим лишаем, при котором возможно развитие фимоза и отека наружного отверстия мочеиспускательного канала

3. В связи с ростом устойчивости грибов рода *Candida* к системным антимикотикам при лечении острого урогенитального кандидоза предпочтительнее назначать местные антимикотические препараты и только при невозможности их использования – системные. Кремы и суппозитории, используемые для лечения урогенитального кандидоза, изготовлены на масляной основе и могут повредить структуру латексных презервативов и диафрагм.

4. После основного курса терапии, включающего системный и/или местный антимикотики, рекомендуется проведение поддерживающей терапии в течение 6 месяцев одним из препаратов:

■ натамицин вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в неделю

или

■ флуконазол 150 мг перорально 1 раз в неделю

или

■ клотримазол 500 мг вагинальная таблетка один раз в неделю.

5. ■ клиническое выздоровление;
 ■ нормализация микроскопической картины и показателей культурального исследования.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Взять клинический материал для лабораторных исследований.
2. Провести осмотр половых органов у мужчин и женщин.
3. Провести микроскопическое исследование нативного и окрашенного препарата на грибы Candida.

7. Рекомендации по выполнению НИР.

1. Схемы лечения урогенитального кандидоза у взрослых и детей.
2. Лечение рецидивирующего урогенитального кандидоза.

8. Рекомендованная литература по теме занятия.

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (- ы), составитель (-и), редактор (ы).	Место издания, издательство, год.	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
Основная литература					
1	Дерматовенерология : нац. руководство	ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	3	
Дополнительная литература					
1.	Детская дерматология. Цветной атлас и справочник	Кэйн К.	М.: Бином, 2015	3	
2.	Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей	Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г.	Красноярск: тип. КрасГМУ, 2015.	3	

Электронные ресурсы

1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с.
2	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук.. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. ИвановМ. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3	Сексуальное насилие и инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие для врачей. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51063 В. В. Волошин, Ю. В. Карачева, Т. Н. ГузейКрасноярск : КрасГМУ, 2015.
4	Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=44804 В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, А. М. Бекетов [и др.]Красноярск : КрасГМУ, 2014.
5	ЭБС Консультант студента
6	ЭБС Colibris
7	ЭБС Консультант студента
8	ЭМБ Консультант врача
9	ЭБС ibooks
10	НЭБ e-Library
11	БД Nature
12	БД SAGE Premier
13	БД Oxford University Press
14	БД Scopus
15	БД Web of Science

Законодательные и нормативно-правовые документы

1. Приказ Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.
(МЗ СР РФ) 16.03.2010 151 н «Порядок оказания медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля»
2. Приказ МЗ СР РФ 30.07.2001 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем»
3. Приказ МЗ СР РФ 12.08.2003 403 «Об утверждении и введении в действие учетной формы № 089/у-кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомониаза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки»
4. Приказ МЗ СР РФ 24.09.2008 513 н «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации»
5. Приказ МЗ СР РФ 22.11.2004 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»
6. Письмо МЗ СР РФ 4.04.2005 734/МЗ-14 «О порядке хранения амбулаторной карты»
7. Приказ МЗ СР РФ 3.09.2003 255 «Об утверждении учетной формы n 025/у-12 "талон амбулаторного пациента"»
8. Приказ МЗ СР РФ 29.01.2004 29 «Об утверждении инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения»
9. Приказ МЗ СР РФ 1.08.2011 624н «О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности»
10. Постановление правительства МЗ СР РФ 20.02.2006 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом»
11. Приказ МЗ СР РФ 25.12.2006 874 «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу, выдаваемого органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения»
12. Приказ МЗ СР РФ 31.05.2007 383 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным опоясывающим лишаем (при оказании специализированной помощи)"
13. Приказ МЗ СР РФ 17.01.2007 43 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с ранним сифилисом (при оказании специализированной помощи)"
14. Приказ МЗ СР РФ 18.12.2006 860 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным врожденным сифилисом (при оказании специализированной помощи)"
15. Приказ МЗ СР РФ 8.12.2006 830 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со скрытым сифилисом, неуточненным как ранний или поздний (при оказании специализированной помощи)"
16. Приказ МЗ СР РФ 8.12.2006 829 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с поздним сифилисом (при оказании специализированной помощи)"
17. Приказ МЗ СР РФ 28.02.2005 176 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным гонококковой инфекцией"

18.	Приказ	МЗ СР РФ	28.02.2005	173	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным трихомонозом"							
19.	Приказ	МЗ СР РФ	11.02.2005	127	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным рожей"							
20.	Приказ	МЗ СР РФ	23.11.2004	270	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным чесоткой"							
21.	Приказ	МЗ СР РФ	23.11.2004	264	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным микозом ногтей"							
22.	Приказ	МЗ СР РФ	22.11.2004	232	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным опоясывающим лишаем"							
23.	Приказ	МЗ СР РФ	24.04.2003	162	"Об	утверждении	отраслевого стандарта
"Протокол ведения больных. Чесотка"							
24.	Приказ	МЗ СР РФ	15.12.2006	855	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным с грибвидным микозом (при оказании специализированной помощи)"							
25.	Приказ	МЗ СР РФ	6.12.2006	828	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным со злокачественной меланомой кожи (при оказании специализированной помощи)"							
26.	Приказ	МЗ СР РФ	6.12.2006	827	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями соединительной, подкожной и других мягких тканей (при оказании специализированной помощи)"							
27.	Приказ	МЗ СР РФ	20.11.2006	782	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием кожи (при оказании специализированной помощи)"							
28.	Приказ	МЗ СР РФ	21.07.2006	565	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным периферическими и кожными Т-клеточными лимфомами"							
29.	Приказ	МЗ СР РФ	15.12.2006	856	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным с пузырчаткой (при оказании специализированной помощи)"							
30.	Приказ	МЗ СР РФ	15.12.2006	854	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным с атопическим дерматитом (при оказании специализированной помощи)"							
31.	Приказ	МЗ СР РФ	15.12.2006	853	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным дерматитом, вызванным веществами, принятыми внутрь (при оказании специализированной помощи)"							
32.	Приказ	МЗ СР РФ	15.12.2006	852	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным с локализованной склеродермией (при оказании специализированной помощи)"							
33.	Приказ	МЗ СР РФ	15.12.2006	851	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным с эритемой узловатой (при оказании специализированной помощи)"							
34.	Приказ	МЗ СР РФ	15.12.2006	850	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным с лишаем красным плоским (при оказании специализированной помощи)"							
35.	Приказ	МЗ СР РФ	15.12.2006	849	"Об	утверждении	стандарта
медицинской помощи больным с крапивницей (при оказании специализированной помощи)"							

36. Приказ МЗ СР РФ 15.12.2006 848 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с импетиго (при оказании специализированной помощи)"
37. Приказ МЗ СР РФ 15.12.2006 847 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с дерматитом неуточненным (при оказании специализированной помощи)"
38. Приказ МЗ СР РФ 15.12.2006 846 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с другой почесухой (при оказании специализированной помощи)"
39. Приказ МЗ СР РФ 15.12.2006 845 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с дерматитом герпетическим (при оказании специализированной помощи)"
40. Приказ МЗ СР РФ 04.09.2006 639 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с аллергическим ринитом неуточненным, острым атопическим конъюнктивитом, ангионевротическим отеком и аллергической крапивницей"
41. Приказ МЗ СР РФ 06.07.2006 523 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с радиационным дерматитом лучевым"
42. Приказ МЗ СР РФ 06.07.2006 518 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с рубцовыми состояниями, фиброзом кожи, келоидным рубцом"
43. Приказ МЗ СР РФ 31.05.2006 439 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным пузырчаткой"
44. Приказ МЗ СР РФ 31.05.2006 438 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным локализованной склеродермией"
45. Приказ МЗ СР РФ 30.05.2006 433 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным псориазом"
46. Приказ МЗ СР РФ 30.05.2006 432 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным атопическим дерматитом"
47. Приказ МЗ СР РФ 13.01.2006 18 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с рубцовыми состояниями и фиброзом кожи, келоидным рубцом"
48. Приказ МЗ СР РФ 13.09.2005 575 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным красным отрубевидным волосяным лишаем"
49. Приказ МЗ СР РФ 12.09.2005 566 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным красным плоским лишаем"
50. Приказ МЗ СР РФ 12.09.2005 565 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с пиодермиями"
51. Приказ МЗ СР РФ 29.07.2005 477 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным флегмоной"
52. Приказ МЗ СР РФ 11.02.2005 128 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным экземой дисгидротической"
53. Приказ МЗ СР РФ 11.02.2005 126 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным абсцессом кожи, фурункулом и карбункулом"
54. Приказ МЗ СР РФ 22.11.2004 225 "Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным дерматитом и экземой, папулосквамозными нарушениями, крапивницей, эритемой, другими болезнями кожи и подкожной клетчатки"

55. Приказ МЗ СР РФ 11.01.2007 18 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным орхитом и эпидидимитом (при оказании специализированной помощи)"
56. Приказ МЗ СР РФ 26.03.2001 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса».
57. Приказ МЗ СР РФ 20.08.2003 415 «Об утверждении протокола ведения больных «гонококковая инфекция»».
58. Приказ МЗ СР РФ 10.02.2003 50 «О совершенствовании акушерско – гинекологической помощи в амбулаторно – поликлинических учреждениях».
59. Приказ МЗ СР РФ 29.06.2011 624 н «Об утверждении порядка выдачи листов нетрудоспособности»
60. Приказ МЗ СР РФ 22.11.2004 255 «О порядке оказания первичной медико-социальной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»
61. Приказ МЗ СР РФ 22.11.2004 256 «О порядке медицинского отбора и направлению больных на санаторно-курортное лечение»
62. Приказ МЗ СР РФ 23.12.2009 1013 н «Об утверждении критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы»