

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной работе

Проф. Искандаров А.И.

«_____» _____ 2006

ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Область знаний – 720000 – «Здравоохранение»

По направлению (специальности) – 5720200 – «Педиатрическое дело» –

5140900 – «Профессиональное образование»

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

ПО ДИСЦИПЛИНЕ

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

(7 КУРС)

Ташкент – 2006

Составители:

Зав. кафедры, проф. Шадиев Хаким Каюмович

Доцент Абдуллаев Мирсалим Илёсович

Рецензенты:

1. Заведующий кафедры дерматовенерологии ТашМА, д.м.н., профессор Ваисов А.Ш.
2. Заведующий кафедры дерматовенерологии Института усовершенствование врачей профессор Арифов С.С.

Рабочая программа составлена на основании типовой программы _____ 2006г., обсуждена на секции ЦПМК ТашПМИ (протокол №____) и утверждена на Ученом Совете ТашПМИ.

Протокол № _____ от _____ 2006 г.

I. ПРЕДИСЛОВИЕ

ЦЕЛЬ ПРОГРАММЫ

Целью программы является обучать студентов умению в первичной звене здравоохранения синдромной диагностике и лечения наиболее распространенных дерматологических и венерических заболеваний у детей и взрослых с использованием данных анамнеза, клинико-лабораторных исследований, и методом их профилактики.

ЗАДАЧИ ОБУЧЕНИЯ

- Совершенствовать сформированные знания по этиологии, патогенезу, классификации, клинике, принципам лечения и профилактики.
- Выработать навыки сбора жалоб, анамнеза заболевания, клинического обследования больных с использованием специфических дерматологических методов.
- Выработать навыки своевременного оказания первой медицинской помощи при urgentных дерматологических состояниях, с последующей тактикой их ведения.
- Выработать навыки интерпретации лабораторных диагностических критериев заболевания.
- Выработать навыки обоснования и формирования предварительного и клинического диагноза.
- Обучить разработке схем лечебной тактики.
- Обучить современным методам профилактики дерматологических и венерических заболеваний.

ТРЕБОВАНИЯ К ЗНАНИЯМ, УМЕНИЯМ И НАВЫКАМ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

Студент должен знать:

- Этиологические факторы, патогенез, клинику, диагностику, лечение и профилактику алергодерматозов, пиодермий, микозов, коллагенозов, вирусных и паразитарных дерматозов, краевых патологий кожи, заболеваний кожи новорожденных, псориаза, красного плоского лишая, буллезных дерматозов, генодерматозов, венерических заболеваний, протекающих у взрослых и детей.
- Дифференциально-диагностические особенности определенных заболеваний кожи; первичного, вторичного, третичного, скрытого, врожденного сифилиса.
- Дифференцировать состояния при которых необходимо оказание скорой медицинской помощи.
- Принципы реабилитации хронических дерматозов, проведение клинического и серологического контроля некоторых заболеваний передающихся половым путем.

Студент должен уметь:

- Методически грамотно собрать анамнез развития заболевания и жизни, жалобы;
- Оследовать кожные покровы и слизистые оболочки больных;

- Определить основные данные анамнеза и клинического обследования больного с выделением опорных симптомов для формирования предварительного диагноза;
- Назначить необходимые лабораторные и инструментальные методы исследования касающиеся каждой нозологической формы для подтверждения диагноза;
- Интерпретировать результаты лабораторного обследования;
- Сформулировать и обосновать клинический диагноз на основании жалоб, анамнеза заболевания, клинических, инструментальных и лабораторных методов исследования.
- Определить индивидуальную терапевтическую тактику ведения больного;
- Определить правильную тактику оказания экстренной помощи при urgentных дерматологических состояниях;
- Уметь провести необходимые профилактические мероприятия.

Студент должен владеть практическими навыками:

- Определять тактильную, болевую, температурную чувствительность, мышечно-волосковый рефлекс, фармакодинамические пробы, дермографизм;
- Проведение кожных проб на различные аллергены, бактериальные и грибковые антигены;
- Проведение йодной пробы (Бальцера), методы: поскабливания, просветления, диаскопии, надавливания зонда, пробы Минора, пробы Ядассона, люминесценции лампой Вуда, определение симптомов Бенъе-Мещерского, Никольского;
- Взятие материала для мазков на патологические микроорганизмы, грибы, паразиты, бледную трепонему, гонококки;
- Проведение общей и местной терапии (инъекции, вливания, наложение примочек, компрессов, перевязки с жидкими мазями).

Перечень учебных дисциплин и их разделов необходимых для изучения данной дисциплины:

- нормальная и патологическая анатомия
- нормальная и патологическая физиология
- биология
- биологическая химия
- фармакология
- пропедевтика детских болезней
- инфекционные болезни
- социальная гигиена и организация здравоохранения

Обязательный минимум требований к количеству выполнения заданий по видам практических занятий:

- проведение клинического обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования;
- распознавание особенностей клинического течения основного заболевания;
- выявление осложнений и сопутствующих заболеваний;

- формулировка и обоснование клинического диагноза в соответствии с принятой в Республике Узбекистан классификацией болезней;
- определение комплексной тактики с учетом индивидуальных и патологических особенностей развития заболевания;
- проведение экспертизы временной утраты трудоспособности и значение показаний для направления на ВКК, ВТЭК;
- разработка плана реабилитационных, профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- проведение диспансерного наблюдения.

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ СТУДЕНТОВ

1. Текущий контроль теоретической самоподготовки студента по темам практического материала, написание оценочных листов клинического мышления, решение ситуационных задач, решение тестовых задач, ролевые игры, определение рейтинга.
2. Окончательный опрос – Объективный Структурированный Клинический Экзамен (ОСКЭ) по предмету.

Применение компьютерных, информационных и других современных технологий обучения

- Использование учебных фильмов.
- Использование обучающих контрольных программ по новым педагогическим методам обучения.
- Использование раздаточного материала во время практического занятия.
- Ситуационные задачи с различным уровнем сложности.

II. ОБЪЕМ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ

Факультет	Трудоем-кость	Распределение объема учебной нагрузки по видам аудиторных занятий (в час)					Само-стояте-льная работа
		Всего	Лекци-и	Практиче-ские занятия	Семи-нары	Лабора-торные работы	
Педиатричес-кое дело	54	36	0	36	0	0	18

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

1. Занятие начинается с анализа исходного уровня знаний студента полученных на 4-курсе по учебному материалу на текущее занятие осуществлением устного опроса.
2. Во время курации преподаватель контролирует умение студента собирать жалобы, анамнез заболевания, проводить объективный осмотр больных, одновременно дополняя и внося поправки, обучает студентов

выполнению необходимого перечня практических навыков. При разборе больных преподаватель оценивает способность студента обобщать полученные данные и выставить предварительный диагноз, назначить план лабораторного обследования. При обсуждении лабораторных исследований, имеющих в истории болезни контролируется знание студентов интерпретировать их результаты. Вопросы лечения обсуждаются с учетом принципов лечения и индивидуальных особенностей течения заболевания у данного больного.

3. Контроль конечного уровня усвоения осуществляется путем решения ситуационных задач, составления алгоритмов диагностики и лечения, заполнения оценочных листов клинического мышления студента и оценкой участия студентов в деловых играх по интерактивной методике.
4. В конце занятия преподаватель подводит итог занятию, кратко резюмирует самостоятельную работу студентов, оценивает выполнение практических навыков, знакомит с теоретической частью следующего занятия.

ТЕМАТИКА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

№	Тема занятия	часы
1.	Инфекционные и паразитарные заболевания кожи.	7,5
2.	Микозы. Диагностика и принципы лечения.	7,5
3.	Аллергодерматозы. Аутоиммунные заболевания кожи. Диагностика, лечение и профилактика.	7,5
4.	Сифилис. Врожденный сифилис. Значение серологических методов в диагностике сифилиса. Диспансеризация. Лечение.	7,5
5.	СПИД. Гонорея. Диагностика, лечение и профилактика.	6,0
ВСЕГО		36

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ (ХРОНОКАРТА)

№	Объем проводимой работы	Время проведения
1	Переключка	8.30-8.35
2	Ознакомление студентов с целями и задачами занятия	8.35-8.40
3	Проверка конспектов	8.40-9.00
4	Опрос теоретических знаний	9.00-9.40
5	Перерыв	9.40-9.45
6	Курация больных в отделении, отработка практических навыков	9.45-10.45
7	Приём амбулаторных больных	10.45-11.55
8	Перерыв	11.55-12.50
9	Решение ситуационных задач, ролевые игры, работа с раздаточным материалом	12.50-13.50
10	Перерыв	13.50-13.55
11	Опрос по всем разделом занятия. Оценка усвоения практического занятия. Резюме занятия	13.55-14.40
12	Перерыв	14.40-14.45
13	Объяснение темы следующего занятия	14.45-15.35
14	Перерыв	15.35-15.40
15	Само подготовка	15.40-17.00

IV. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

Занятие № 1

1. Тема: Инфекционные и паразитарные заболевания кожи.

2. Цель: Обучить студента синдромной диагностике инфекционных и паразитарных заболеваний кожи с использованием жалоб, анамнеза и клинико-лабораторного исследования, определить эффективную лечебную тактику и профилактические мероприятия.

3. *Задачи занятия:* Обучить студента:

- Постановке клинического диагноза различных нозологических форм относящихся к инфекционным и паразитарным заболеваниям кожи.
- Терапевтической тактике при инфекционных и паразитарных заболеваниях кожи;
- Профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний кожи.

В результате проведения занятия студент должен уметь:

- Собрать жалобы больного, анамнез заболевания;
- Клинически обследовать больного и описать основное заболевание;
- Провести дифференциальную диагностику;
- Выделить опорные симптомы анамнеза и клиники для формирования предварительного диагноза;
- Составить план лабораторного обследования больного;
- Интерпретировать результаты лабораторного исследования;
- Определить терапевтическую тактику;
- Провести профилактические мероприятия.

В результате проведенного занятия студент должен овладеть следующими практическими навыками:

- Проведение бактериоскопического диагностического метода, микроскопического исследования определения чесоточного клеща, вшей, (см. методич. Рекомендации «Методы диагностики применяемые в дерматологии»);

План занятия:

- I. Проверка теоретических знаний студентов путем устного опроса и тестовых задач.
- II. Разбор больных и их историй болезни.
- III. Проверка и анализ оценочных листов клинического мышления студента, решение ситуационных задач, ролевые игры.
- IV. Работа с раздаточным материалом и проверка окончательного уровня знаний студентов.
- V. Изложение нового материала. Подведение итогов занятия. Домашнее задание на следующее занятие.

4. Теоретическая часть.

А) Раздаточный материал:

ГНОЙНИЧКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

СТРЕПТОДЕРМИИ

Диагностика	Стрептодермия- гнойничковое заболевание гладкой кожи. Различают
-------------	---

	следующие клинические формы: простой лишай, стрептококковое импетиго, буллезная стрептодермия, интертригинозная стрептодермия, стрептококковая эктима, панариций.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Снижение защитной функции кожи (нарушение целостности кожи, загрязнения, недостаточность лимфо- и кровообращения), сахарный диабет, гиповитаминоз, нейродерматозы, снижение иммунитета (хронические инфекции, желудочно-кишечные заболевания).
Жалобы	На гладкой коже наличие пузырей и гнойничков, опрелости на кожных складках и в углах рта.
Клинические проявления	Простой лишай располагается, в основном, на коже лица, овальной или округлой формы белованого цвета, обильно покрытые мелкими чешуйками, имеют четкие границы. Стрептококковое импетиго- располагается на гладкой коже в виде пузырьков с вялой, быстро вскрывающейся покрышкой (фликтеной), образующие эрозии с образованием корочек желтоватого цвета. Буллезное импетиго- на коже образуются пузыри в начале с серозным, затем с гнойным содержимым, размером от горошины до десного ореха и больше. Покрышка пузырей вялая, быстро вскрывается, образуя эрозии. Интертригинозная стрептодермия- поражаются крупные естественные складки, поверхность которых эрозируется и мацерируется, сопровождается незначительным зудом. Стрептококковая эктима- на коже образуются глубокие пустулы, вскрываясь, образуют глубокие изъязвления, затем покрываются слоистыми корками. Панариций- поражается кожа вокруг ногтевых пластинок пальцев рук и ног, которая гиперемирована и образуются пустулы. При надавливании на ногтевую пластинку из под края выделяется гной, а также отмечается болезненность.
Методы исследования	Исследование мочи, кала, общего анализа крови, кровь на сахар, иммунограмма. При глубоком и хроническом течении заболевания бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого пузырьков.
Лечение	.
Сроки лечения	При хронической и глубоких формах лечение в стационаре в течении 10-12 дней. При ограниченных и поверхностных формах— амбулаторное лечение

СТАФИЛОДЕРМИИ

Диагностика	Стафилодермия—это некротическое или гнойное воспаление придатков кожи. Клинические формы: стафилококковое импетиго, фолликулит, фурункул, карбункул, сикоз, гидроаденит. У новорожденных: везикулопустулез, псевдофкрнкулез, эпидемическая пузырьчатка новорожденных, эксфолиативный дерматит Риттера.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Снижение защитной функции кожи, нарушение целостности кожи, загрязнение, нарушение лимфо- и кровообращения, сахарный диабет, гиповитаминоз, нейродерматозы, снижение иммунитета, острые инфекционные заболевания, а также олосяного ЖКТ.

Жалобы	Появление высыпаний на коже, волосистой части головы, повышение температуры.
Клинические проявления	Стафилококковое импетиго- появление поверхностных пустул вокруг олосяного фолликула, наблюдаются конусоидные гиперемированные папулы размером с ол, в центре которого имеется гнойничок. Фурункул – воспаление олосяного фолликула, а также окружающей его ткани размером от лесного ореха до куриного яйца. Верхушка нагнаивается, вскрывается и выделяется гной с примесью крови. Оставляет после себя рубец. Карбункул-разлитое гнойно-некротическое воспаление дермы и гиподермы с вовлечением в процесс нескольких соседних волосяных фолликулов, сопровождается болезненностью и повышением температуры (с виду напоминает норку суслика). Гидраденит- наличие инфильтратов в подмышечной области, в паховой области, напоминающий фурункул, но в центре инфильтрата волос отсутствует. При вскрытии выделяется сливкообразный гной. Эпидемическая пузырчатка новорожденных- появление на поверхности тела пузырей с гнойным содержимым и твердой крышкой, сопровождается с повышением температуры. При эксфолиативном дерматите Риттера образуются пузыри больших размеров с дряблой крышкой, которые быстро вскрывается и образуют эрозии, увеличивающиеся в размере. Заболевание сопровождается сильной интоксикацией.
Методы исследования	Исследование на крови и на сахар, на иммунограмму, бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого пустул.
Лечение	При глубокой и распространенной клинической форме антибиотики широкого спектра действие в течение 5-7 дней. Местно на инфильтративные элементы сыпи 5% спиртовой раствор йода, затем мази содержащие нефть (ихтиоловая, нафта-нафталановая, мазь Вишневского), при экссудативной стадии после вскрытия гнойника накладывается гипертонический раствор, после полной санации гнойничков- анилиновые красители. Вокруг гнойничков обработка дез. Растворами.
Сроки лечения	При острой и глубокой форме заболевания лечение в течении 10-12 дней в стационаре, ограниченная и поверхностная клиническая форма- лечение в амбулаторных условиях.

ПРОСТОЙ ПУЗЫРЬКОВЫЙ ЛИШАЙ

Диагностика	Часто встречающееся, рецидивирующее, распространенное и системное вирусное заболевание кожи. Клинические формы: abortивная (простая), отечная, зостериформная, тяжелая и часто рецидивирующая клинические формы.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Возбудитель – вирус простого герпеса, дерматотропный 1 и 2 типов, ДНК содержащий. Заболевание наблюдается после переохлаждений, острых респираторных вирусных инфекций, гриппа, пневмонии.
Жалобы	На высыпания в областях вокруг рта, носогубного треугольника,

	половых органов, жжение, зуд, болезненность.
Клинические проявления	Наблюдается появление сгруппированных пузырьков диаметром до 2 мм на гиперемизированном основании вокруг естественных отверстий. Содержимое пузырьков вначале – серозное, затем мутнеет, иногда геморрагическое. Пузырьки вскрываются, образуя эрозии, которые покрываются серозно-геморрагическими корками, после отпадения корок остается временная гиперпигментация. Регресс высыпаний наблюдается в течение 10-14 дней. Субъективно – жжение, болезненность и зуд.
Методы исследования	Микроскопически цитологическим методом в мазках обнаруживают гигантские многоядерные клетки, патогномоничные для заболеваний вирусной этиологии. Ставят РСК и реакцию пассивной гемагглютинации(РПГА) с бараньими эритроцитами, сенсibilизированными вирусом простого герпеса.
Лечение	Общее: 1) иммуномодулин 0,01% - 0,5-1,0 мл 1 р/день, в/м, 10 дней; 2) метилурацил 0,5 по 1 таблетке 4 р/день 10 дней. Местно: жидкость Кастеллани – 2 р/день, 0,25-1% оксолиновая, теброфеновая, интерфероновая мази 2 р/день.
Сроки лечения	В амбулаторных условиях под наблюдением дерматолога 10-14 дней.

ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ

Диагностика	Клинические формы: 1) генерализованная; 2) геморрагическая; 3) легкая (абортивная); 4) буллезная. Является вирусным заболеванием, инкубационный период 7-8 дней. На фоне гиперемизированной кожи по ходу одного или нескольких нервных сегментов располагаются сгруппированные пузырьки.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Нейротропный фильтрующийся вирус Strongiloplasma Zonae.
Жалобы	На болезненность по ходу нервов. Пузырьки расположенные сгруппированно.
Клинические проявления	Инкубационный период 7-8 дней. На поверхности кожи по ходу нерва имеются сгруппированные пузырьки на гиперемизированном фоне. Основная локализация – на голове, лбу, затылочной области, груди, животе, плечах, на ягодицах.
Методы исследования	Микроскопический.
Лечение	Ацетилсалициловая кислота или амидопирин 0,5 – 3-4 раза в день, антибиотики: рифампицин 0,6 – в сутки. При сильных болях – пахикарпин, ганглерон, Витамин В1. При тяжелом течении – ацикловир внутрь или в/в, интерферон. Местно: 3% оксолиновая мазь, 3-5% зовиракс. Физиотерапия.
Сроки лечения	В стационарных условиях – 10-15 дней.

КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК

Диагностика	Контагиозный моллюск. Чаще встречается у детей. Вирусное заболевание кожи, протекающее в виде мелких невоспалительных узелков размером с чечевицу.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Возбудителем является фильтрующий вирус.
Жалобы	Появление высыпаний на теле.
Клинические проявления	Мелкие узелки размером с чечевицу можно увидеть на лице(в окружности глаз)шее,груди,на животе,на наружных половых органах.
Методы исследования	Микроскопическое исследование.
Лечение	Выдавливание пинцетом с последующим смазыванием 3% йодом, 3%оксалином,интерфероном.
Сроки лечения	В течении 1недели в стационарных или амбулаторных условиях .

ОСТРОКОНЕЧНАЯ КОНДИЛОМА

Диагностика	Является вирусным заболеванием, характеризуется поражением слизистых оболочек, в основном располагаются на участках кожи подвергающиеся трению.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Возбудителем является папилломатозно –акантомозный вирус, который относится к группе PАPОVА.
Жалобы	На появление высыпаний.
Клинические проявления	Образуются на слизистых оболочках:вокруг половых органов,ануса,полости рта.В кожных складкахи местах кожи подвергающихся трению.Вначале на этих участках появляются мелкие узелки розового цвета ,сливаясь между собой образуют вегетации в виде цветной капусты или петушиного гребешка.
Методы исследования	ПЦР
Лечение	Диатермокоагуляция,криотерапия,20% спиртовой раствор подофиллина,пржигание фрезолом.
Сроки лечения	7-10 дней в стационарных или амбулаторных условиях.

БОРОДАВКИ

Диагностика	БОРОДАВКИ – доброкачественные опухоли образующиеся на коже. По расположению, возбудителя, разновидностям различают: обыкновенные, плоские, юношеские бородавки, подошвенные бородавки и старческие бородавки.
Факторы приводящие к	Фильтрующий вирус относящийся к виду Pарова.

развитию заболевания	
Жалобы	На высыпания на коже.
Клинические проявления	Невоспалительные, плотные, полушаровидные, размером с чечевицу, ограниченные телесного цвета узелки. Чаще располагаются на кистях, стопах, реже на лице.
Методы исследования	Микроскопический.
Лечение	Психотерапия, электрокоагуляция, диатермокоагуляция, 2% оксолиновая, 1-5% флореналевая мази.
Сроки лечения	7-10 дней в стационарных и амбулаторных условиях.

ЧЕСОТКА

Диагностика	Является паразитарным заболеванием кожи, вызывается чесоточным клещом. Характеризуется зудом и появлением на коже мелких узелков и пузырьков.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Чесоточный клещ.
Жалобы	Зуд, особенно ночью. Появление на коже мелких папуло-везикулезных высыпаний.
Клинические проявления	Мелкие узелково-пузырьковые высыпания располагающиеся парно. Элементы локализуются между пальцами на сгибательной поверхности лучезапястного сустава, на животе, складках половых органов, в области ягодиц и бедер.
Методы исследования	Микроскопическое исследование.
Лечение	По методу Демьяновича: смазывать 60% раствором тиосульфата натрия, через 10 минут смазывать 6% раствором хлористоводородной кислоты в течении 2 дней. Эмульсия бензилбензоата (20% - для взрослых, 10% - для детей) – применяется в течение 5 дней. Мазь Вилькинсона. Серная мазь 33% - для взрослых и 10-20% - для детей в течение 5-6 дней.
Сроки лечения	В стационарных условиях 5-7 дней.

ВШИВОСТЬ

Диагностика	Вшивость: клинические формы: 1)головная вошь 2)платяная вошь 3)лобковая вошь. Относится к экзопаразитарным заболеваниям кожи ,поражая в основном волосистую часть головы ,лобковая область ,и другие части кожи, солпровождаясь сильным зудом.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Экзопаразиты встречающиеся у человека и кормящих молоком животных.
Жалобы	Зуд в области волосистой части головы и в области лобка.

Клинические проявления	Волосы не расчесываются, слипаются между собой, образуют корочку и шелушение, волосы тускнеют. За счет вторичной инфекции возникает импетиго и фолликулит. Сопровождается интенсивным зудом.
Методы исследования	На волосистой части головы, в паховой области, на внутренней поверхности одежды по ходу швов можно обнаружить вошь и гниды.
Лечение	Сбривание волос у мужчин на волосистой части головы, использование 3% раствора уксусной кислоты. Женщинам - 10% раствор бензилбензоата и водно-мыльный раствор. При платяной вши – одежду, постельное белье, наволочки кипятить в 2-5% мыльном растворе, затем гладят. В паховой области и вокруг половых органов и вокруг ануса сбривание волос. В течение 2-3 дней наносить на ту же область 10% ртутную мазь или 20% бензилбензоат.
Сроки лечения	В амбулаторных условиях. Сбрит волосы, эмульсия или мазь бензилбензоата (20% - для взрослых, 10% - для детей), раствор антибит.

ЛЕЙШМАНИОЗ

Диагностика	Клинические формы: а) городской тип б) сельский тип. Лейшманиоз кожи (болезнь Боровского, хронически протекающее эндемическое заболевание кожи-возбудитель- <i>Leishmania tropica</i>).
Факторы приводящие к развитию заболевания	Передача болезни от укусов москитов в эндемических зонах.
Жалобы	От укусов москитов на поверхности кожи появляются инфильтраты, появляются нагноение и болезненность.
Клинические проявления	<i>Leshmania tropica minor</i> (городской тип) бугорок, корки-эрозийные шелушения, инфильтративная язва, неправильной формы, дно гранулирующая. Наблюдается гиперэмированный ободок, рубцевания, лимфангит, лимфадениты. <i>Leshmania tropica major</i> (сельский тип) наблюдается островоспалительный инфильтрат красного цвета, инфильтративный участок образуют глубокую язву, дно язвы неровное, дно язвы выполняется грануляциями делающими его зернистым (симптом “рыбьей икры”) дно язвы покрыто серовато-жёлтым некротическим рубцом, гной выделяется большим количеством, болезненно, после себя оставляет рубец, наблюдается лимфангит, лимфаденит.
Методы исследования	Собирание эпид анамнеза. По методу Романовского-Гимзы на препарате лейшмании округлой формы окрашены, располагается внутри и на наруже клеток (в макрофагах).
Лечение	Доксициклин-0,1 в день 1 капсула по 2 раза, 10 дней, аминохинол, фуразолидон, хиналгин, рифампицин.
Сроки лечения	В стационаре 7-14 дней, в условиях амбулатории под наблюдением дерматолога.

ЛЕПРА

Диагностика	Клинические формы: а) Лепраматозный (тяжёлая форма). б) Туберкулоидный (относительно лёгкая форма). в) недифференцированный тип лепры. Хроническая инфекционная заболевание вызывается палочкой Ганзена, на коже, на слизистых оболочках, на периферической нервной системы и на внутренних органах происходит гранулематозные изменения
Факторы приводящие к развитию заболевания	Долгое время быть в контакте больным, факторы приводящие к снижению иммунитета.
Жалобы	На общую слабость, повышение температуры, на неврологические боли, на паховом области и на бёдрах увеличению лимфатических узел, высыхание области носа и кровоточивость. На появление высыпаний на коже.
Клинические проявления	<p>Лепраматозная форма: бугорок, узел, появление инфильтрата. Выпадения бровей и ресниц. Болезненные тактильные нарушение температурной чувствительности, атрофия мышц, мутиляция пальцев рук и ног, появление лепром на слизистой оболочки, воспаление глаз, увеличение лимфатических узлов, двух сторонние орхиэпидидимиты, поражение внутренних орган, лепрома костей, периоститы.</p> <p>Туберкулоидная форма: эритематозные пятна, мелкие папулёзные бляшки невриты, болезненные, тактильные, нарушение температурной чувствительности, нарушение потоотделения, увеличения лимфатических узлов, орхиэпидидимиты.</p> <p>Недифференцированная форма: Границы определенные на которой появляется эритемо-сквамозные и дисхромические пятна, нарушение потоотделения, выпадение бровей и ресниц, атрофии ногтей, вокруг суставах пузыри, язвы, секвестрация мелких костей, мутиляция, амиотрофия лицевых мышц, невриты, парестезия, болезненность тактильная, нарушение температурной чувствительности.</p>
Методы исследования	Неврологический статус: гипо и анестезия, болезненность и нарушение температурной чувствительности, утолщение нервных сплетений, определение атрофии мышц. Функциональная проба- проба никотиновой кислоты и лепромина, проба гистамина и Минора, жидкость лепромы, мазок из слизистой оболочки носа, для определения очагов микобактерий берётся скарификат, для исследования бактериоскопии выевляется пунктат из лимфатических узлов. Гистологическое обследование- для биопсии выделяется материал из лепромы и инфильтратов. Для гистологических обследовании даётся оценка-гранулёме гистоцит, в эпителиоидных пенистых клетках количество микобактерии, количество лимфоцитов и их расположенность, инфильтрация нервов, наблюдается инфильтрация субэпидермальной зоне.
Лечение	Лечение в лепрозориях по служебной инструкции, после абактериального состояния наблюдение у лепролога по место

	жительство. Антибиотики: дапсон, клофазимин, рифампицин.. Местно симптоматическое лечение.
Сроки лечения	В условиях стационара до абактериального состояния, после в условиях амбулатории под наблюдением лепролога проводить лечение.

5. задания

Задание №1

Основные этиологические факторы приводящие к развитию пиодермий

Вопрос	Ответ
1. Какие виды возбудителей приводят к гнойничковым заболеваниям кожи?	Возбудителями гнойничковых заболеваний кожи обычно являются стафилококки и стрептококки, реже синегнойная и кишечная палочки, вульгарный протей, пневмококки и другие микроорганизмы.
2. Какие факторы способствуют возникновению пиодермий?	Важными факторами способствующими возникновению пиодермий, являются массивность инфицирования, наличие входных ворот для инфекции и состояние иммунитета.

Классификация и нозологические формы пиодермий

Вопрос	Ответ
1. Как классифицируются пиодермий?	Пиодермий в зависимости от этиологии классифицируют на стафилодермий, стрептодермий и смешанные пиодермий.
2. Какие признаки характерны для стрептодермий?	Стрептодермий преимущественно наблюдаются у детей, за исключением периода новорожденности, когда встречаются в основном стафилодермий. Для стрептококковых поражений кожи характерна поверхностная локализация высыпных элементов с склонностью к периферическому росту. Основные морфологические элементы чаще всего – фликтены, расположенные в пределах эпидермиса, наполненные серозно-гнойным содержимым, с тонкой и дряблой покрывкой.

Основные этиологические факторы приводящие к развитию вирусных заболеваний кожи

Вопрос	Ответ
1. Какие виды возбудителей приводят к вирусным заболеваниям кожи?	Возбудителями: простого герпеса являются ВПГ 1 и 2 типов, опоясывающий лишай – нейротропный фильтрующий вирус <i>Strongiloplasma zonae</i> , бородавок и остроконечных кондилом – дерматотропными вирусами семейства Папова, контагиозный моллюск – <i>Molitor hominis</i> .
2. Какие факторы способствуют возникновению вирусных заболеваний кожи?	Важными факторами способствующими возникновению вирусных заболеваний кожи являются пассивное состояние

возникновению пиодермий?	иммунитета, нарушение целостности слизистых оболочек и кожи, охлаждения, перегревания, простудные заболевания.
--------------------------	--

Классификация и нозологические формы вирусных заболеваний кожи

Вопрос	Ответ
1. Как классифицируется простой герпес?	Различают следующие разновидности простого герпеса: 1) абортивная, 2) отечная, 3) зостериформная, 4) тяжелая, 5) рецидивирующая формы
2. Как классифицируется опоясывающий герпес?	Различают следующие разновидности опоясывающего герпеса: 1) абортивная, 2) геморрагическая, 3) гангренозная, 4) буллезная формы
3. Какие виды бородавок Вы знаете?	Различают простые, подошвенные, плоские бородавки.

Основные этиологические факторы приводящие к развитию паразитарных заболеваний кожи

Вопрос	Ответ
1. Какие виды возбудителей приводят к паразитарным заболеваниям кожи?	Возбудителями: чесотки является – чесоточный клещ <i>Sarcoptes scabiei</i> , вшивости – головная, платяная и лобковая вошь.
2. Какие факторы способствуют возникновению пиодермий?	Важными факторами способствующими возникновению паразитарных заболеваний кожи являются низкий уровень культурного и санитарного просвещения, несоблюдение санитарно-гигиенических норм.

Основные этиологические факторы приводящие к развитию пиодермий

Вопрос	Ответ
1. Какие виды возбудителей приводят к гнойничковым заболеваниям кожи?	Возбудителями гнойничковых заболеваний кожи обычно являются стафилококки и стрептококки, реже синегнойная и кишечная палочки, вульгарный протей, пневмококки и другие микроорганизмы.
2. Какие факторы способствуют возникновению пиодермий?	Важными факторами способствующими возникновению пиодермий, являются массивность инфицирования, наличие входных ворот для инфекции и состояние иммунитета.

Классификация и нозологические формы пиодермий

Вопрос	Ответ
1. Как	Пиодермии в зависимости от этиологии классифицируют на

классифицируются пиодермии?	стафилодермии, стрептодермии и смешанные пиодермии.
2.Какие признаки характерны для стрептодермий?	Стрептодермии преимущественно наблюдаются у детей, за исключением периода новорожденности, когда встречаются в основном стафилодермии. Для стрептококковых поражений кожи характерна поверхностная локализация высыпных элементов с наклонностью к периферическому росту. Основные морфологические элементы чаще всего – фликтены, расположенные в пределах эпидермиса, наполненные серозно-гнойным содержимым, с тонкой и дряблой крышкой.
3. Какие признаки характерны для стафилодермий?	Стафилодермии чаще наблюдаются у взрослых. Основным морфологическим элементом являются пустулы, расположенные в области волосяных фолликулов, сальных и потовых желез, имеющие полушаровидную или коническую форму, толстую крышку, пронизанную волосом, содержащие густой желто-зеленый гной.
4. Какие нозологические формы стафилодермий наблюдаются у детей раннего возраста?	К стафилодермиям наблюдающимся у детей в период новорожденности и грудничковом периоде относят: везикулопустулез(перипорит), псевдофурункулез, эпидемическую пузырчатку новорожденных, эксфолиативный дерматит Риттера,
5. Какие нозологические формы стафилодермий наблюдаются у взрослых?	К стафилодермиям относятся: остиофолликулит, поверхностный и глубокий фолликулит, фурункул, карбункул, гидраденит, сикоз, простые угри.
6. Какие заболевания относятся к стрептодермиям?	К стрептодермиям относятся: стрептококковое импетиго, буллезное импетиго, щелевидное импетиго, сухая стрептодермия, поверхностный панариций, интертригинозная стрептодермия, вульгарная эктима

Основные этиологические факторы приводящие к развитию вирусных заболеваний кожи

Вопрос	Ответ
1. Какие виды возбудителей приводят к вирусным заболеваниям кожи?	Возбудителями: простого герпеса являются ВПГ 1 и 2 типов, опоясывающий лишай – нейротропный фильтрующийся вирус <i>Strongiloplasma zonae</i> , бородавок и остроконечных кондилом – дерматотропными вирусами семейства Парова, контагиозный моллюск – <i>Molitor hominis</i> .
2. Какие факторы способствуют возникновению	Важными факторами способствующими возникновению вирусных заболеваний кожи являются пассивное состояние иммунитета, нарушение целостности слизистых оболочек и

пиодермий?	кожи, охлаждения, перегревания, простудные заболевания.
------------	---

Классификация и нозологические формы вирусных заболеваний кожи

Вопрос	Ответ
1. Как классифицируется простой герпес?	Различают следующие разновидности простого герпеса: 1) абортивная, 2) отечная, 3) зостериформная, 4) тяжелая, 5) рецидивирующая формы
2. Как классифицируется опоясывающий герпес?	Различают следующие разновидности опоясывающего герпеса: 1) абортивная, 2) геморрагическая, 3) гангренозная, 4) буллезная формы
3. Какие виды бородавок Вы знаете?	Различают простые, подошвенные, плоские бородавки.

Основные этиологические факторы приводящие к развитию паразитарных заболеваний кожи

Вопрос	Ответ
1. Какие виды возбудителей приводят к паразитарным заболеваниям кожи?	Возбудителями: чесотки является – чесоточный клещ <i>Sarcoptes scabiei</i> , вшивости – головная, платяная и лобковая вошь.
2. Какие факторы способствуют возникновению пиодермий?	Важными факторами способствующими возникновению паразитарных заболеваний кожи являются низкий уровень культурного и санитарного просвещения, несоблюдение санитарно-гигиенических норм.

Основные разновидности лейшманиоза кожи, этиологические факторы, резервуар возбудителя, переносчики.

Вопрос	Ответ
1. Какие разновидности лейшманиоза кожи существуют?	Лейшманиоз кожи имеет два основных типа: сельский (остронекротизирующий), городской (поздноизъязвляющийся).
2. Какими возбудителями вызывается лейшманиоз?	Городской тип лейшманиоза вызывается – <i>Leishmania tropica minor</i> , сельский тип - <i>Leishmania tropica major</i> .
3. Резервуары возбудителя при сельском и городском типах заболевания?	Резервуаром возбудителя при сельском типе являются – больные люди и грызуны, при городском типе – больные люди.
4. Переносчики возбудителей	Москиты рода <i>Phlebotomus</i> .

лейшманиоза?	
--------------	--

Основные разновидности лепры, этиологические факторы, пути заражения.

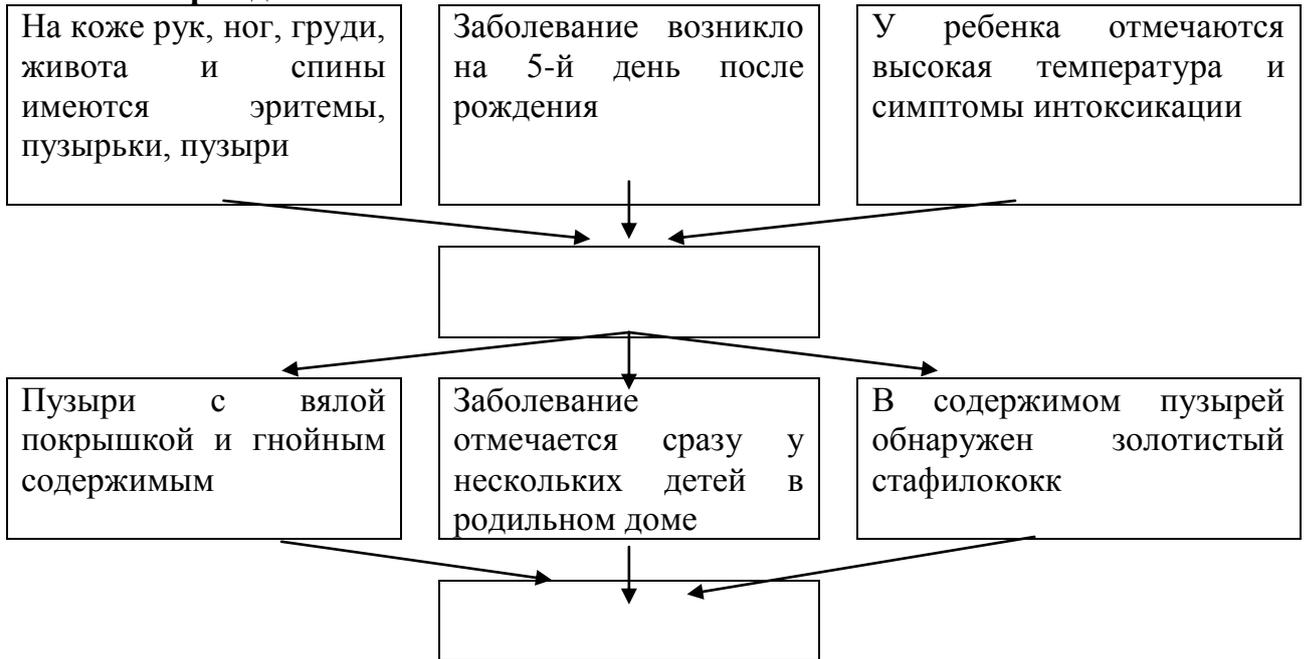
Вопрос	Ответ
1. Какие типы лепры существуют?	1. Лепроматозный тип; 2. Туберкулоидный тип; 3. Недифференцированный тип.
2. Каким возбудителями вызывается лепра?	Лепрозная бактерия (<i>Mycobacterium leprae</i>).
3. Как происходит инфицирование?	Инфицирование происходит при длительном бытовом контакте с больным, пути проникновения бактерии: воздушно-капельный путь через слизистые оболочки верхних дыхательных путей и заражение через поврежденный кожный покров.
4. Что способствует развитию заболевания?	Неблагоприятные социально-бытовые условия (скученность населения, алиментарная недостаточность), хронические астенизирующие заболевания, а также повреждение кожных покровов (особенно кожи стоп) и наличие микозов стоп, или кандидозов.

Основные элементы сыпи при лейшманиозе, лепре.

Вопрос	Ответ
1. Какие высыпания наблюдаются при лейшманиозе кожи?	На месте укуса москита в толще кожи образуется островоспалительный, ярко-красный с буроватым оттенком инфильтрат тестоватой консистенции. Фурункулоподобный узел или абсцедирующий инфильтрат подвергается некрозу с образованием глубокой болезненной язвы неправильно округлых очертаний, с крутыми, подрывными краями и неровным дном, покрытым серозно-гнойным отделяемым и некротическим налетом. На дне язвы при сельском типе отмечаются грануляции (симптом «рыбьей икры»). Вокруг язвы образуются мелкие, желтовато-бурые с застойно-красным оттенком, мягкой тестоватой консистенции бугорки. Язвы заживают с образованием грубых рубцов.
2. Элементы сыпи наблюдаемые при лепре?	Вначале заболевания на коже образуются застойно-красные или синюшно-бурые эритематозные пятна с нечеткими границами, овальных или округлых очертаний. Часть пятен инфильтрируется с образованием узлов (лепром) или диффузных бляшек. Лепромы изъязвляются, имеют тенденцию к пенетрации (распространению на подлежащие ткани) с разрушением костей, мышц, сухожилий, вплоть до ампутации пальцев, кистей, стоп. На месте язв остаются грубые, деформированные, звездчатые рубцы. Леприды – бугорки застойно-гиперемизированные с лиловатым или буровато-ржавым оттенком, разрешающиеся путем изъязвления и образования рубцов.

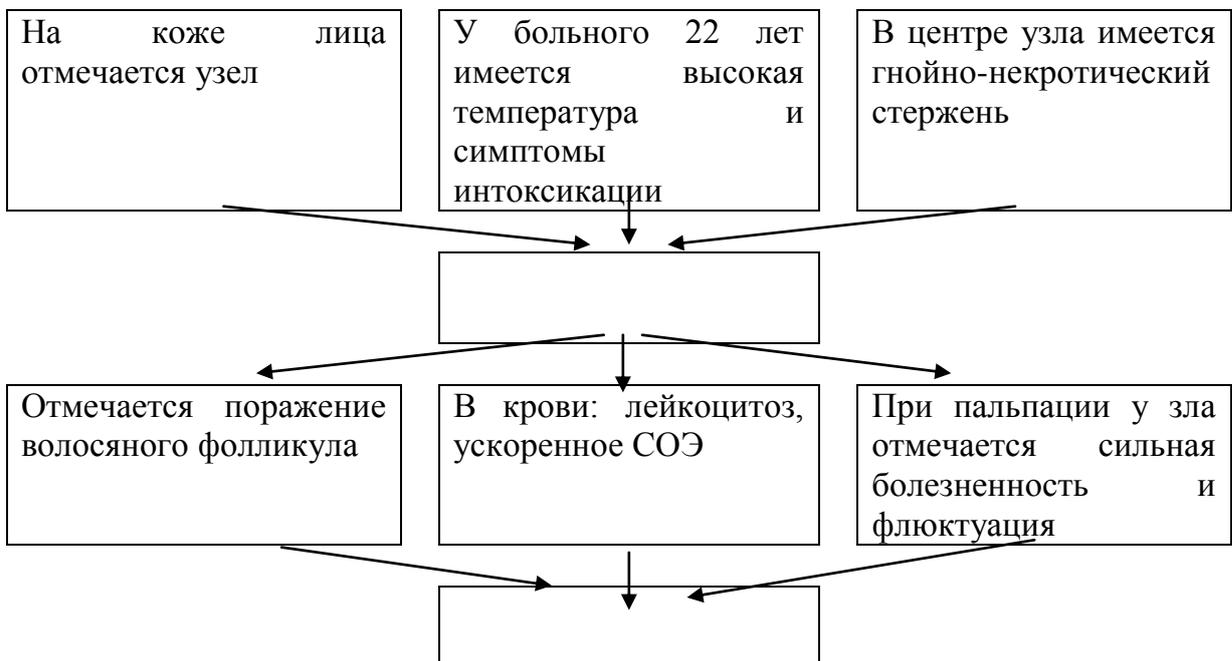
Задание № 2

Составить алгоритмы диагностики: А) Эпидемической пузырчатки новорожденных



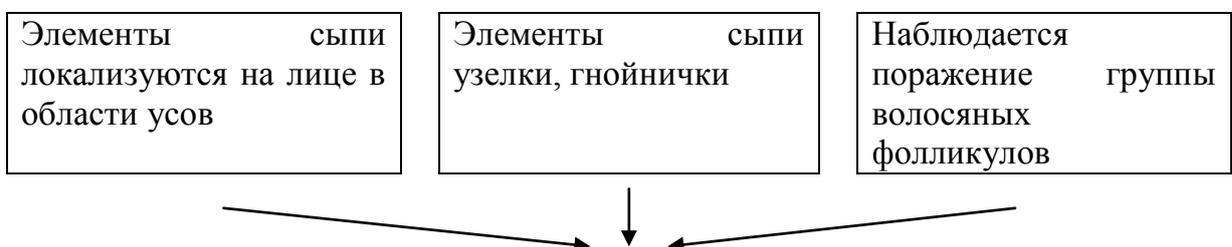
Ответ: Эпидемическая пузырчатка новорожденных

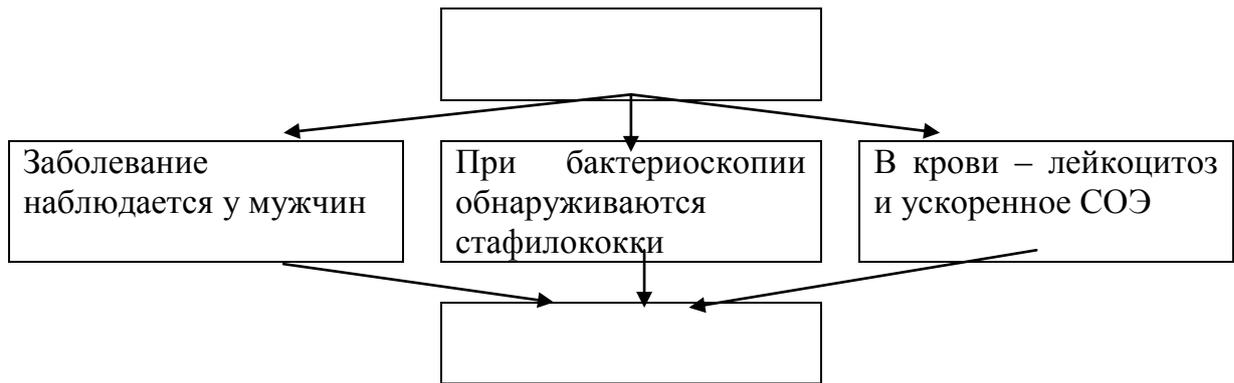
Б) Составить алгоритмы диагностики: фурункула



Ответ: фурункул

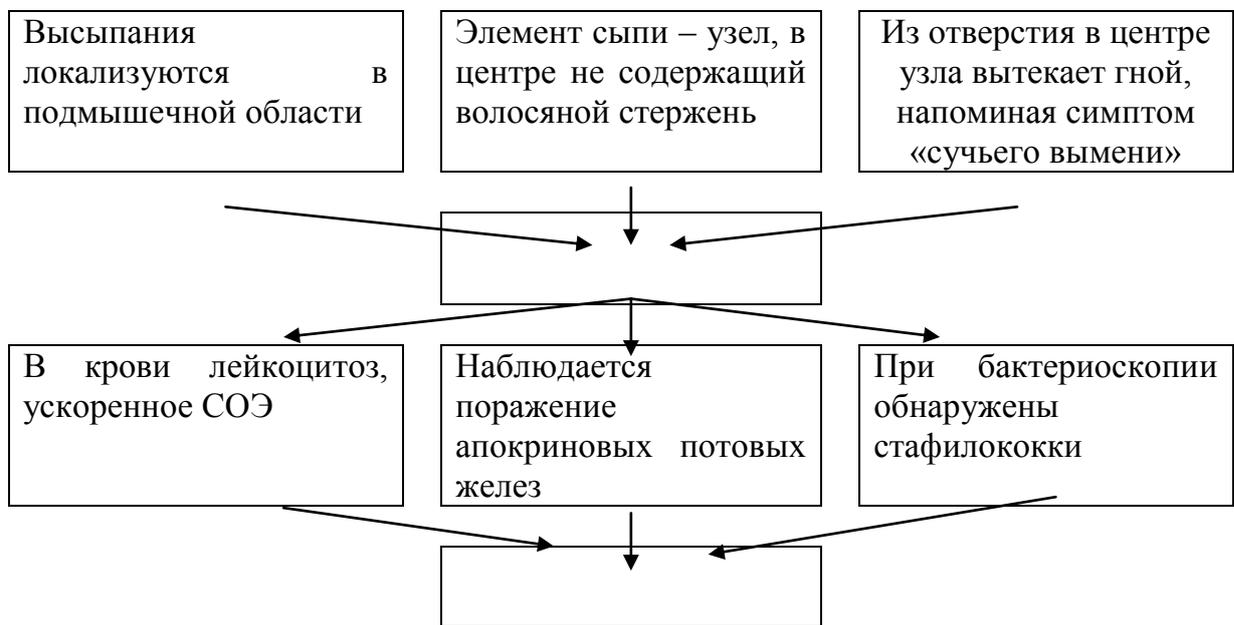
В) Алгоритм диагностики сикоза





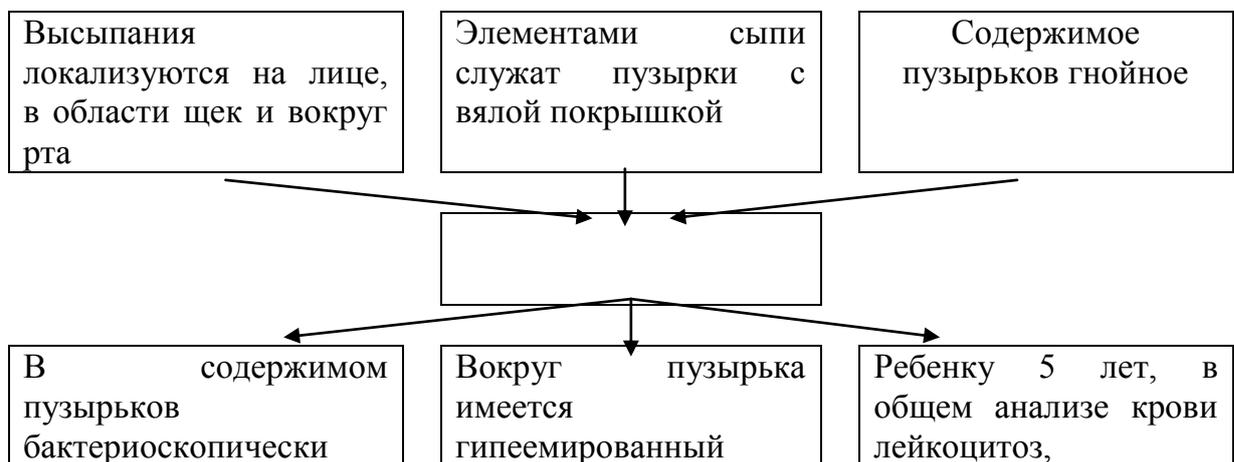
Ответ: Сикоз

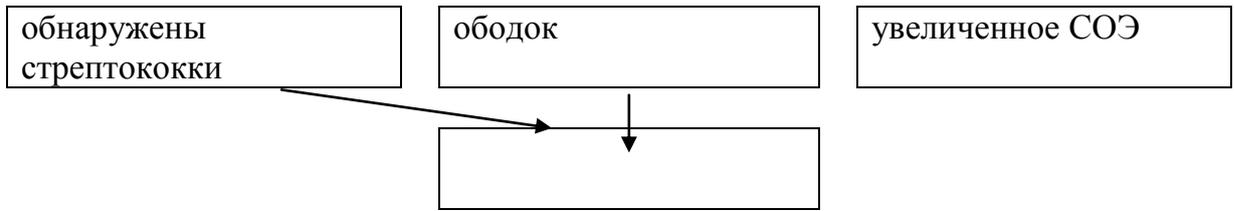
Г) Алгоритм диагностики гидраденита



Ответ: Гидраденит

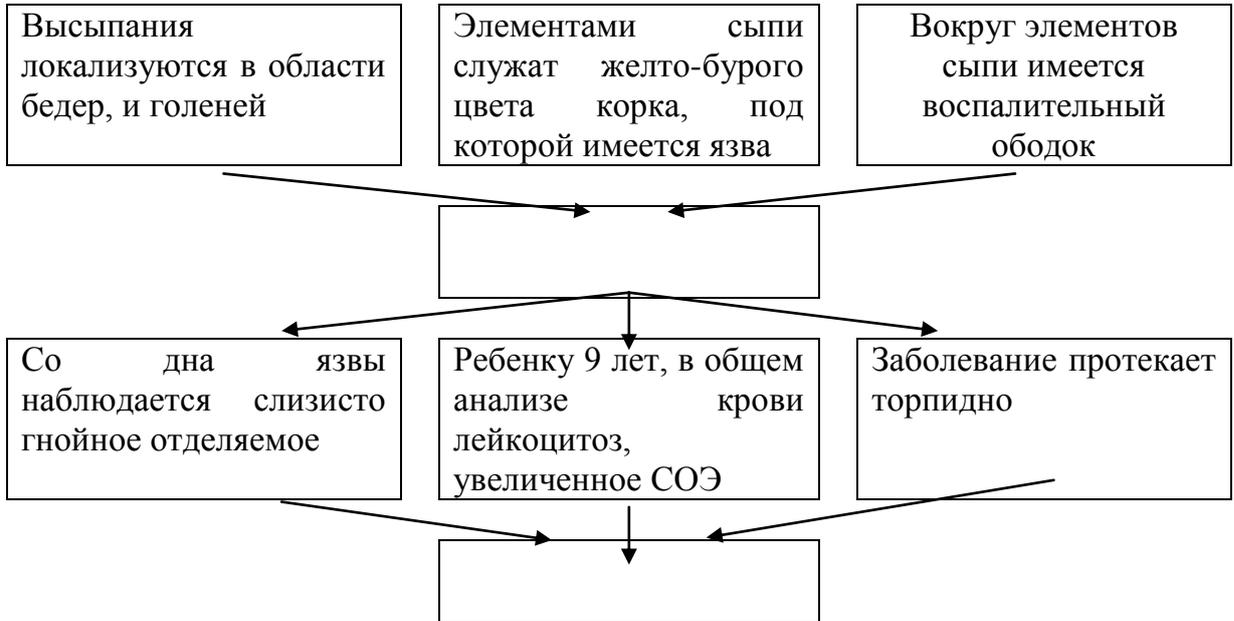
Д) Алгоритм диагностики стрептококкового импетиго





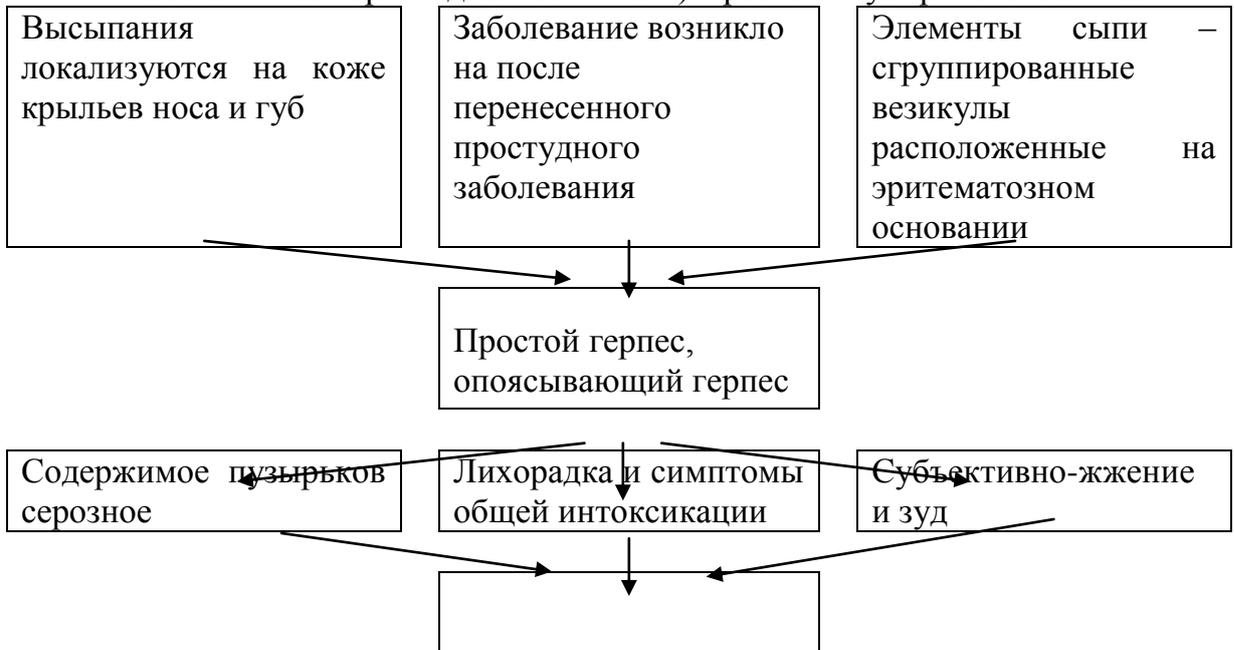
Ответ: Стрептококковое импетиго

Г) Алгоритм диагностики вульгарной эктимы



Ответ: вульгарная эктима

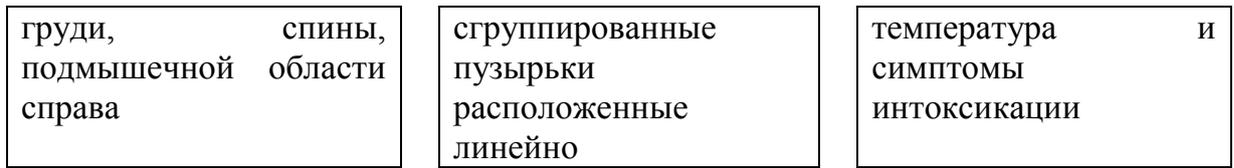
Составить алгоритм диагностики: А) Простого пузырькового лишая



Ответ: Простой герпес

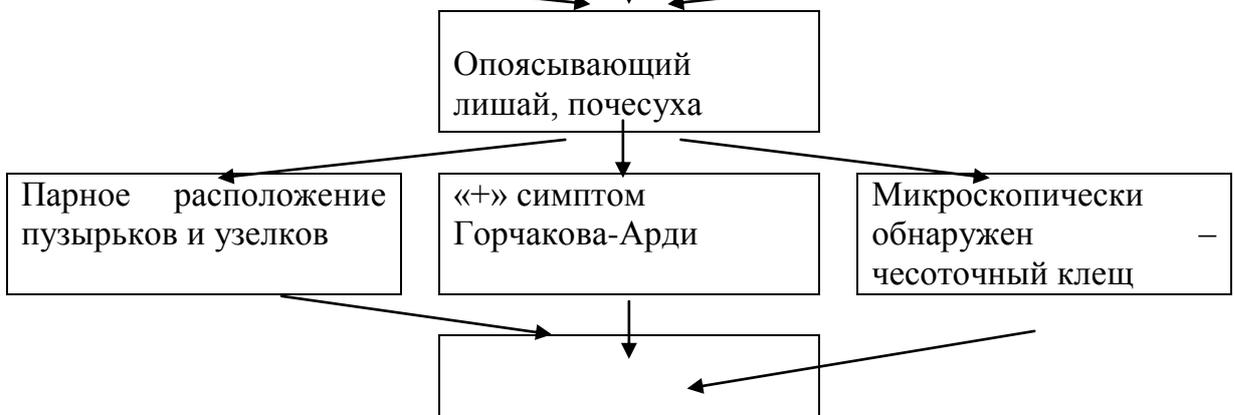
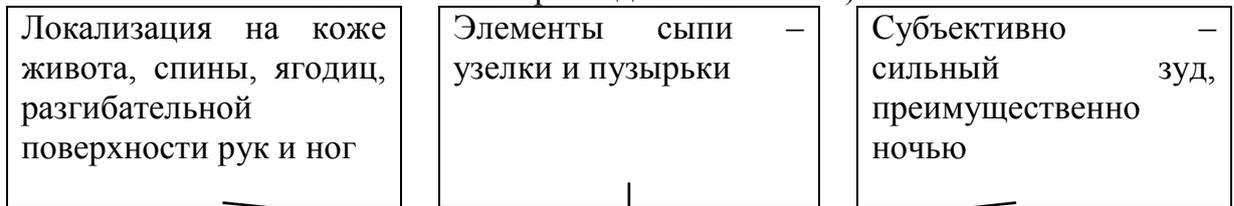
Составить алгоритм диагностики: Б) Опоясывающего лишая





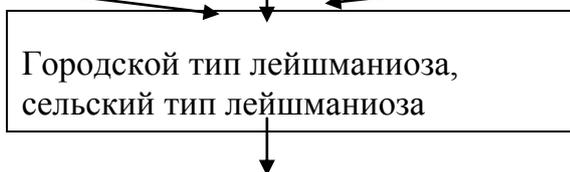
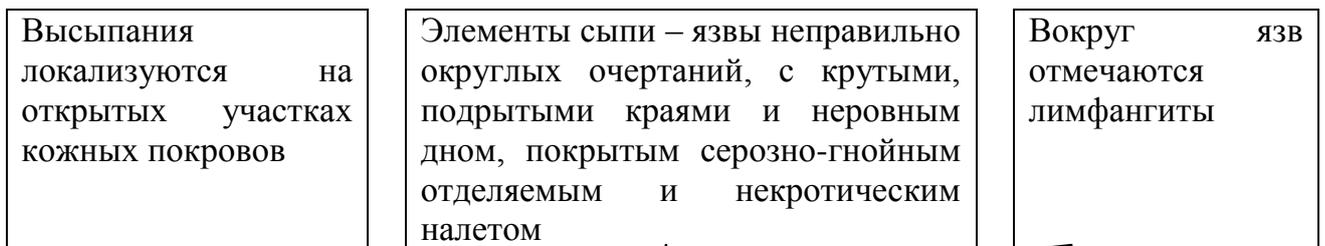
Ответ: Опоясывающий герпес

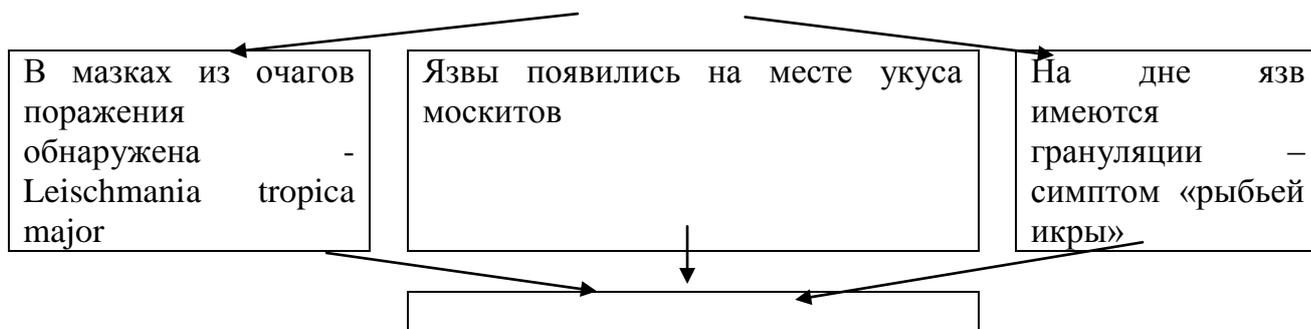
Составить алгоритм диагностики: В) Чесотки



Ответ: Чесотка

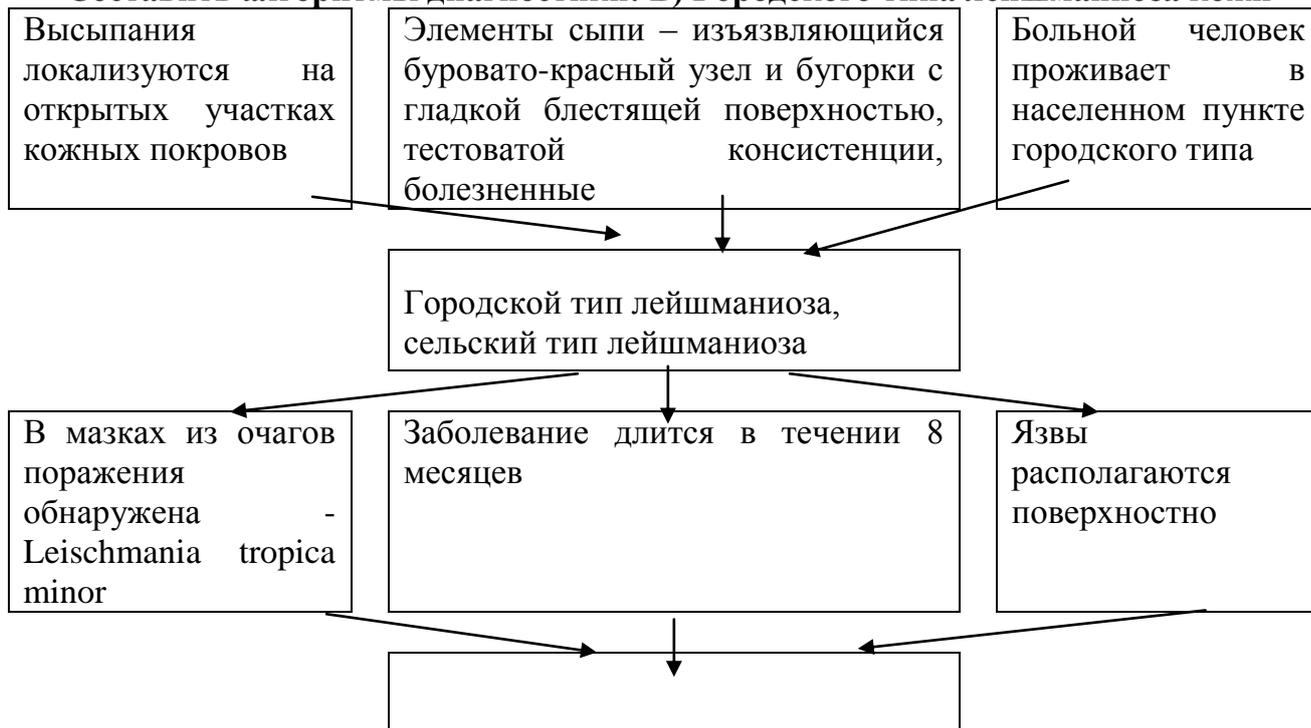
Составить алгоритмы диагностики: А) Сельского типа лейшманиоза.





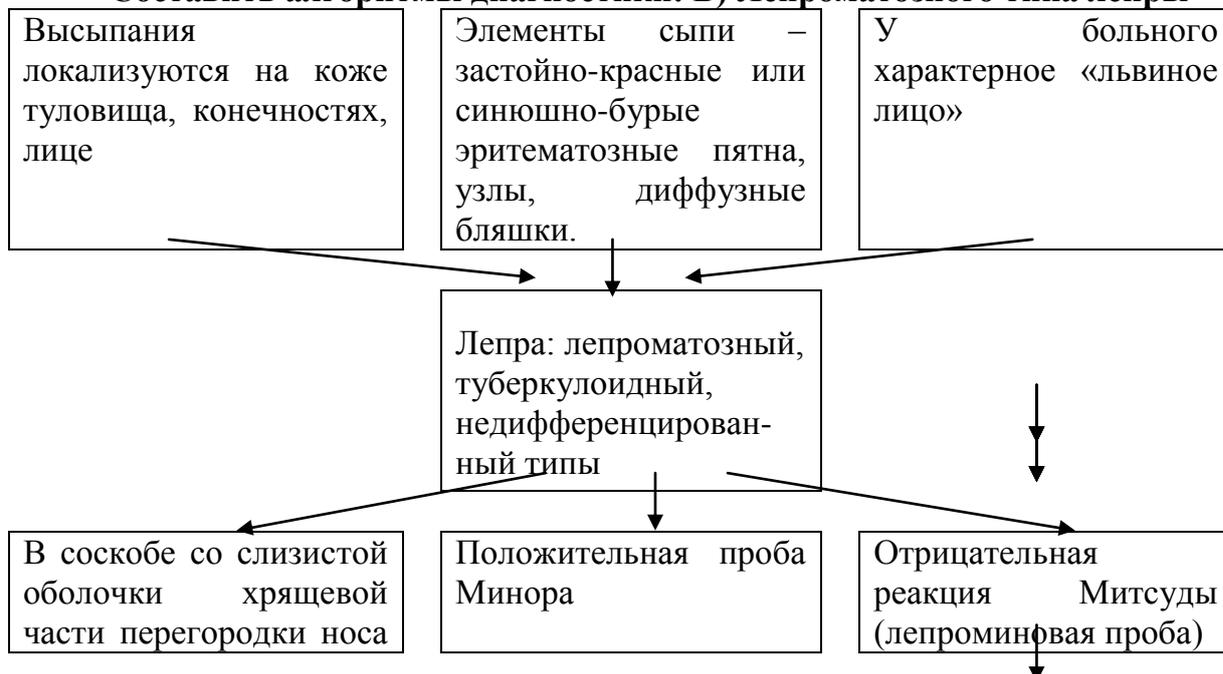
Ответ: сельский тип лейшманиоза кожи.

Составить алгоритмы диагностики: Б) Городского типа лейшманиоза кожи

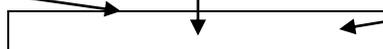


Ответ: городская форма лейшманиоза кожи

Составить алгоритмы диагностики: В) Лепроматозного типа лепры



обнаружены – палочки
Ганзена



Ответ: лепроматозный тип лепры.

Задание №5

Дифференциальная диагностика стафилококковых
и стрептококковых пиодермий

	Стафилодермии	Стрептодермии
1.Фактор вызывающий заболевание	стафилококки	стрептококки
2.Поражаются	Придатки кожи: волосяные фолликулы, сальные и потовые железы	Эпидермис, дерма
3.Характер поражения	Поражение глубокое, распространяется вглубь	Поражение поверхностное, распространяется по периферии
4.Заболевание преимущественно наблюдается	У взрослых и детей до 1 года	У детей дошкольного и школьного возраста

Дифференциальная диагностика псевдофурункулеза и фурункула

	Псевдофурункулез	Фурункулез
1.Заболевание наблюдается	У детей до 1 года	У взрослых
2.Возбудителем поражаются	Эккриновые потовые железы	Волосяной фолликул
3.Элементы сыпи	Узелки или узлы небольших размеров в центре которых имеются гнойнички	Узлы больших размеров в центре которых имеется гнойно-некротический стержень
4.В центре высыпаний волосяной стержень	Не имеется	Имеется

Дифференциальная диагностика фурункула и гидраденита

	Фурункул	Гидраденит
1.Заболевание наблюдается	У детей и взрослых	У взрослых (с пубертатного периода, с момента начала функционирования апокриновых потовых желез)
2.Возбудителем поражаются	Волосяные фолликулы	Апокриновые потовые железы
3.Локализация	Везде где имеются волосы	Подмышечные впадины, аногенитальная область, вокруг ареол сосков молочных желез
4.Элемент сыпи	Узел в центре которого имеется гнойно- некротический стержень	Узел в центре которого наблюдается гнойное отделяемое (симптом «сучьего вымени»)
5.В центре элементов волосяной стержень	Имеется	Не имеется

Дифференциальная диагностика простого и опоясывающего пузырькового лишая

	Простой герпес	Опоясывающий герпес
1.Фактор вызывающий заболевание	Простой фильтрующийся вирус (ВПГ I и II типов)	Нейротропный фильтрующийся вирус
2.Поражаются	Кожа вокруг естественных отверстий	Кожа на пораженными нервными волокнами
3.Характер поражения	Сгруппированные пузырьки на эритематозном основании	Сгруппированные пузырьки располагаются линейно, по ходу нервного окончания
4.Субъективные признаки заболевания	Зуд, жжение	Болезненность, жжение, зуд

Дифференциальная диагностика чесотки и почесухи

	Чесотка	Почесуха
1.Фактор вызывающий заболевание	Чесоточный клещ	Нарушение диеты, психо-эмоциональный фактор
2.Элементы сыпи	Парно расположенные папуло-везикулы	Везикулы расположенные над папулами – серопапулы
3.Характерная локализация	Межпальцевые промежутки, разгибательная поверхность локтевого сустава, вокруг пупка на животе, крестцово-поясничный треугольник	Разгибательная поверхность локтевых и коленных суставов, грудь, живот, спина.
4.Дермографизм	Не имеет значения	Стойкий белый дермографизм
5. Характерный симптом	Симптом Горчакова-Арди	-

Дифференциальная диагностика сельской и городской форм лейшманиоза кожи

	Сельская форма	Городская форма
1.Фактор вызывающий заболевание	<i>Leishmania tropica major</i>	<i>Leishmania tropica minor</i>
2.По течению	Остронекротизирующий	Поздноизъязвляющийся
3.Резервуар	Больной человек, грызуны	Больной человек
4.Общая длительность заболевания	4-6 месяцев	8месяцев-1,5 года
5.Инкубационный	2недели-2месяца	4-6месяцев

период		
6.Характер поражения	Множественные язвы, больших размеров, глубокие, с изъеденным дном, неровными краями	Поверхностные язвы, долго заживающие, покрытые серозно-геморрагическими корками.
7.Симптом рыбьей икры	Наблюдается	Не наблюдается

Дифференциальная диагностика различных форм лепры

	Лепроматозный	Туберкулоидный	Недифференцированный
1.Течение	Злокачественное	доброкачественное	Доброкачественное
2.Поражаются	Кожа, волосы, потовые и сальные железы, слизистые оболочки, глаза, периферические нервы, висцеральные органы	Кожа и периферические нервы	Кожа и периферические нервы
3. Характер поражения	Образуются лепромы(узлы), диффузные бляшки, язвы, бугорки	Наблюдаются резко очерченные депигментированные или красноватого цвета пятна с четкими границами, вокруг которых имеются бугорковые и папулезные элементы	Наблюдаются ахромичные или застойно-гиперемированные пятна с буроватым оттенком, с нерезкими границами
4. Лепроминовая проба Митсуды	отрицательная	Ранняя положительная	Ранняя положительная

Задание №6. Интерактивные методы обучения

1. Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Круглого стола»

1. Выбор темы: Нозологические формы стафилодермий.
2. По кругу пускается лист бумаги с заданием.
3. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому.
4. Все записывают свои ответы, затем идет обсуждение: неправильные ответы зачеркивают.
5. По количеству правильных ответов – оценивают знания студентов.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- везикулопустулез (перипорит)

- псевдофурункулез Фингера
- эпидемическая пузырчатка новорожденных
- эксфолиативный дерматит Ритгера
- остиофолликулит
- фурункул
- гидраденит
- карбункул

2. Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Ручка в центре стола»

1. Выбор темы: Клиническая картина «стрептококкового импетиго»
2. Объяснение задачи участникам: На один лист каждый студент записывает один вариант ответа и передвигает лист товарищу, при этом свою ручку передвигает в центр стола. При отсутствии ответа ручка остается на столе. Все ответы обсуждаются совместно в течение 10-15 минут, анализируются верные и неверные варианты и дается оценка каждого ответа.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- основной элемент сыпи – фликтена – пузырек с гнойным содержимым и вялой покрышкой.
- наблюдается чаще у детей от 4 до 12 лет
- высыпания отмечаются на открытых участках тела: лицо, руки.
- гнойнички вскрываются, образуя эрозии, покрывающиеся гнойными корками.
- наблюдается симптом «медовой корки» - толстый желтовато-зеленоватого цвета секрет
- после отпадения корок наблюдается временная пигментация
- у детей также наблюдается импетиго слизистых оболочек: десен, щек, конъюнктивы, носа.
- контагиозное заболевание.

Распространенные формы сопровождаются полиаденитами

3. Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Ручка в центре стола»

1. Выбор темы: «Клиническая картина простого пузырькового лишая».
2. Объяснение задачи участникам: На один лист каждый студент записывает один вариант ответа и передвигает лист товарищу, при этом свою ручку передвигает в центр стола. При отсутствии ответа ручка остается на столе. Все ответы обсуждаются совместно в течение 10-15 минут, анализируются верные и неверные варианты и дается оценка каждого ответа.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- высыпания появляются на коже вокруг естественных отверстий
- сгруппированные пузырьки
- эритема
- эрозии
- мокнутие
- серозные корки
- зуд
- болезненность
- жжение

4. Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Трехступенчатого интервью»

1. Выбор темы: Диагноз: «Чесотка»
 2. Объяснение задачи участникам. Проводится в виде консультации «врач-больной-эксперт». Студенты делятся на три группы, по 3 человека, распределяются роли: «врач», «больной», «эксперт». Больным анонимно сообщается диагноз. Каждая группа проводит консультацию в течении 10-15 минут. Эксперт оценивает и записывает действия врача в 3 раздела:

1. Что сделано правильно?
2. Что сделано неправильно?
3. Как надо было бы сделать?

Каждая группа демонстрирует консультацию с комментариями эксперта, которые оцениваются всеми участниками. Врач должен правильно провести опрос больного (жалобы, анамнез), объективное обследование и выставить правильный диагноз.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- Жалобы: на появления высыпаний в области груди, живота, разгибательной поверхности локтевого сустава, межпальцевых промежутках пальцев рук, крестцово-поясничного треугольника, ягодиц, бедер, зуд усиливающийся ночью.
- Анамнез: заболевание началось через 2 недели после того, как больной побывал в гостях у родственников. Аналогичные признаки заболевания отмечаются у остальных членов семьи.
- Клиника: На коже груди, живота, спины, межпальцевых промежутков пальцев рук, разгибательной поверхности локтевых суставов, крестцово-поясничного треугольника, ягодиц, бедер больного отмечаются парные папуло-везикулезные элементы, экскориации. Наблюдается положительный симптом Горчакова-Арди – наличие серозных, импетигиозных и геморрагических корок на локтях рук. Отмечается сильный зуд, преимущественно ночью. При лабораторном исследовании в клещевых ходах обнаружен чесоточный клещ.

5. Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Ротация»

1. Выбор тем:
 - А) Симптомы характерные для городской формы лейшманиоза кожи
 - Б) Симптомы характерные для сельской формы лейшманиоза кожи
 - В) Лечение и профилактика лейшманиоза кожи
2. Студенты группируются по 2-3 человека.
3. Каждой группе выдается определенная тема и в течение 10 минут студенты записывают свои суждения.
4. Группы обмениваются листами с ответами и при необходимости дополняют их.
5. По окончанию работы ответы обсуждают все участники и выбирают правильный и полный ответ, который записывается в тетради каждым участником.
6. По окончанию обсуждения педагог оценивает каждого студента.
7. Длительность проведения метода 30-40 минут.

Предполагаемые ответы на поставленные вопросы:

- А) Городской тип лейшманиоза кожи:
- поздноизъязвляющаяся форма
 - вызывается *Leishmania tropica minor*
 - переносчики – москиты

- резервуар – больной человек
- не имеет сезонности
- инкубационный период – 3-8 месяцев
- длительность – 1 год
- течение – торпидное
- узел буровато-красноватого цвета
- язва с неровными краями, кровоточащим дном
- из язвы выделяется серозно-гнойное отделяемое

Б) Сельский тип лейшманиоза кожи:

- остронекротизирующая форма
- вызывается *Leishmania tropica major*
- переносчики – москиты
- резервуар – больной человек, грызуны
- сезонность – летний период
- инкубационный период – 2 недели - 2 месяца
- длительность – 2-4 месяца
- течение – острое
- узел островоспалительный, ярко-красного цвета
- язва с неровными краями, кровоточащим дном
- из язвы выделяется серозно-гнойное отделяемое, имеется некротический налет
- симптомы «четок» и «рыбьей икры»

В) Лечение и профилактика:

- мономицина сульфат
- препараты антибиотиков тетрациклиновой группы
- противомаларийные препараты
- сульфаниламиды
- местно: лешмицин, обкалывания 5% акрихином, 1% новокаином, оксикорт, гиоксизоновая мазь, мазь Вишневского.
- профилактика – уничтожение грызунов и москитов в эндемических очагах.

6. Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Аквариум»

1. Выбор темы: А) Какие клинические формы лепры существуют? Б) Возбудитель лепры? В) Пути передачи лепры? Г) Длительность инкубационного периода при лепре?
2. Из группы выбираются 3 студента, которые занимают место в середине аудитории.
3. Малой группе дается задание, которое обсуждается 10-15 минут.
4. Окружающие наблюдатели записывают правильные и неправильные ответы.
5. Представители малой группы дают свои версии, студент давший неверный ответ заменяется студентом, из аудитории, давшим наиболее правильную версию.

Игра проводится аналогично игре «Что? Где? Когда?»

Предполагаемые ответы на поставленные вопросы:

- А) Лепроматозная, туберкулоидная, недифференцированная;
- Б) Лепрозная бацилла – микобактерия Ганзена;
- В) Бытовой контакт, воздушно-капельный путь;
- Г) от 2-3 месяцев до 10-20 лет

6. Тесты

1. Нейротропный фильтрующийся вирус вызывает заболевание:

- А. опоясывающий лишай
- В. разноцветный лишай
- С. чешуйчатый лишай
- Д. простой пузырьковый лишай
- Е. контагиозный моллюск

2. При каком заболевании после установления диагноза необходимо сообщить СЭС?

- А. чесотка
- В. лейшманиоз
- С. туберкулез
- Д. демодекоз
- Е. опоясывающий лишай

3. Лепрома – это очаги поражения кожи при:

- А. проказе
- В. туберкулезе
- С. болезни Боровского
- Д. склеродермии
- Е. рубцующемся эритематозе

4. Заживление с образованием рубцов не наблюдается при:

- А. стрептококковом импетиго
- В. вульгарной эктимае
- С. фурункуле
- Д. шаровидных угрях
- Е. гидрадените

5. При болезни Фингера поражаются:

- А. эккриновые железы
- В. апокриновые железы
- С. сальные железы
- Д. волосяные фолликулы
- Е. ногти

6. Первичным морфологическим элементом при простом герпесе является:
пузырек

- А. пузырь
- В. бугорок
- С. узелок
- Д. волдырь
- Е.

7. Москиты являются переносчиками:

- А. лейшманиоза
- В. туберкулеза
- С. проказы
- Д. контагиозного моллюска
- Е. розовых угрей

8. В лечении лейшманиоза наиболее эффективным местным препаратом является:

- А. Лейшмацин
- В. Дерматол
- С. Ксероформ
- Д. Бензилбензоат
- Е. Эритромицин

9. Нарушение чувствительности наблюдается при:

- А. лепре
- В. витилиго
- С. туберкулезе кожи
- Д. рубцующемся эритематозе
- Е. дерматомиозите

10. Проба Минора проводится при:

- А. лепре
- В. лейшманиозе
- С. витилиго
- Д. трихофитии
- Е. у здоровых людей

7. Ситуационные задачи

Б) Ситуационная задача №1

В родильном доме у новорожденного на 3 день жизни появились рассеянные пузырьные высыпания на коже туловища и конечностей. Содержимое их серозно-гнойное, вокруг выраженная эритема. Ладони и подошвы свободны от высыпаний. Повысилась температура тела до 37,8С.

Поставьте клинический диагноз.

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Назовите возбудителя заболевания.

Ваша лечебная тактика.

Эталон ответа:

1. Эпидемическая пузырчатка новорожденных.
2. Дифференциальную диагностику необходимо провести с сифилитической пузырчаткой новорожденных и врожденным буллезным эпидермолизом.
3. Возбудитель заболевания – золотистый стафилококк.
4. Ребенка необходимо изолировать и назначить общую антибактериальную терапию с местными антисептическими обработками.

Ситуационная задача №2

У 3-месячного ребенка на коже спины, ягодиц, затылка множественные узелки и узлы, плотные, резко ограниченные, величиной с горошину и больше. Некоторые из них размягчились, в центре пальпируется флюктуация. Температура субфебрильная.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Ваша лечебная тактика.

Эталон ответа:

1. Псевдофурункулез Фингера.
2. Дифференциальная диагностика проводится с фурункулезом, фолликулитами.
3. Ребенка необходимо изолировать и назначить общую антибактериальную терапию с местными антисептическими обработками.

Ситуационная задача №3

На коже в области левой носогубной складки у больного 9 лет располагается узел размером 2х3см. Кожа над ним ярко красного цвета. В центре видна пустула. Эритема распространяется за пределы узла. При пальпации наблюдается резкая болезненность. Болен 2 дня.

1. Выставьте клинический диагноз.
2. Какие стадии развития данного заболевания имеются?
3. Назначьте терапию.

Эталон ответа:

1. Фурункул.
2. Фурункул имеет стадии образования инфильтрата, нагноения, разрешения.
3. Больному рекомендуются антибиотики широкого спектра действия, в местной терапии назначается ихтиоловая мазь. Для предотвращения рецидивов проводят аутогемотерапию, а также инъекции антистафилококкового гамма-глобулина, антистафилококкового анатоксина.

Ситуационная задача №4. У девочки 14 лет, с дисменореей в период появления месячных в области левой большой половой губы на фоне гиперемии появляются сгруппированные, близко расположенные, но не сливающиеся пузырьки размером 0,2х0,2 см, наполненные серозным содержимым. Субъективно: зуд, жжение.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Назовите возбудителя заболевания.
4. Ваша лечебная тактика.

Эталон ответа:

1. Генитальный герпес.
2. Дифференциальная диагностика проводится с характерными высыпаниями при первичном и вторичном сифилисе, кандидозом.
3. Вирус простого герпеса.
4. Больной назначаются противовирусные препараты (ацикловир, ремантадин), витаминотерапия, иммуностимуляторы, местная противовирусная терапия (лейкоцитарный интерферон, анилиновые красители, противовирусные мази).

Ситуационная задача №5

В семье 2 детей. Младший ребенок заболел ветряной оспой. У старшего через 7 дней появились боли приступообразного характера, иррадиирующие по ходу межреберных нервных ветвей слева. В дальнейшем возникла группа пузырьков величиной 0,5х0,5 см. Покрышка пузырьков напряжена, имеется пупкообразное вдавливание. Содержимое мутное. Одновременно наблюдается недомогание, лихорадка.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите возбудителя заболевания.
3. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

1. Опоясывающий лишай.

2. Нейротропный фильтрующий вирус.
3. Больному назначаются противовирусные препараты (ацикловир, ремантадин), витаминотерапия, иммуномодуляторы, местная противовирусная терапия (лейкоцитарный интерферон, анилиновые красители, противовирусные мази).

Ситуационная задача №6

У ребенка на коже лица появились узелки мелкие, блестящие с вдавливанием, величиной с горошину, цвета кожи. При сдавливании узелка браншами пинцета выделяется творожистая масса.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

1. Контагиозный моллюск.
2. Витаминотерапия, иммуностимуляторы, местно механическое выдавливание пинцетом или выскабливание ложечкой Фолькмана с последующим смазыванием очагов 2-3% спиртовым раствором йода.

Ситуационная задача №7

На прием к врачу привели девочку 11 лет по поводу отечности и боли в области кожи лица.

АНАМНЕЗ. На фоне высокой температуры появилась сильная головная боль, отечность и покраснение кожи лица. Через 2-3 дня образовались болезненные пузырьки. Девочка часто болела простудными заболеваниями.

ОБЪЕКТИВНО. Кожа правой половины лица гиперемирована, отечна. На этом фоне располагаются, тесно скученные группы пузырьков с серозным содержимым. На некоторых участках они сливаются между собой, образуя большие очаги с фестончатыми очертаниями. Часть пузырей вскрылась, образовав эрозии. Веки правого глаза отечны. Левая половина лица поражена в меньшей степени. Субъективно – сильная болезненность и жжение.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Ваша лечебная тактика.

Эталон ответа:

1. Опоясывающий лишай с поражением лицевого нерва.
2. Простой пузырьковый лишай.
3. Больной назначаются противовирусные препараты (ацикловир, ремантадин), витаминотерапия, иммуномодуляторы, местная противовирусная терапия (лейкоцитарный интерферон, анилиновые красители, противовирусные мази).

Ситуационная задача №8

На прием к врачу обратились родители с 9 месячным ребенком. Со слов матери у ребенка появились высыпания на коже межпальцевых промежутков, живота и стоп, сильно зудящие ночью. При осмотре: на вышеперечисленных участках

располагаются парные мелкие папулезные и везикулезные элементы. Кроме того наблюдаются следы расчесов. При осмотре у матери наблюдаются аналогичные элементы.

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Ваша тактика.

Эталон ответа:

1. Чесотка.
2. Дифференциальную диагностику проводят с детской чесухой, аллергодерматитом.
3. Извещение СЭС, направление больного в специализированный стационар, проведение противоэпидемических мероприятий.

Б) Ситуационная задача №9

К врачу обратился больной В., 43 года, житель города Нукуса. При осмотре в области лба, надбровных дуг, щек и разгибательной поверхности конечностей наблюдаются инфильтраты и узлы. Мимика лица нарушена. Также в области латеральной части бровей имеется выпадение волос. При лабораторном исследовании со слизистой оболочки полости носа были обнаружены палочки Ганзена.

1. Ваш диагноз?
2. Какова ваша дальнейшая тактика?
3. Основные пути профилактики?

Эталон ответа:

1. Лепроматозный тип лепры.
2. Больного необходимо изолировать и направить для специализированной терапии в лепрозную клинику. Необходимо обследовать лиц бывших в тесном и длительном бытовом контакте с больным, провести лепроминовую пробу.
3. Постоянное улучшение материальных, жилищно-бытовых и санитарных условий жизни населения.

Ситуационная задача №10

Больной А., 44 года, с жалобами на появление белых пятен. Из анамнеза больной на протяжении многих лет работал в Каракалпакии.

ОБЪЕКТИВНО. На коже туловища наблюдается резко очерченные депигментированные пятна различной формы, по периферии которых в виде бордюра располагаются полости, папулы с фиолетовым оттенком. В области пятен наблюдаются нарушение болевой и температурной чувствительности.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования вы должны провести?

Эталон ответа:

1. Туберкулоидный тип лепры.

- Для уточнения диагноза необходимо провести лепроминовую пробу, никотиновую пробу, пробу Минора, исследовать соскоб взятый со слизистой оболочки хрящевой части перегородки носа.

Ситуационная задача №11

К врачу обратился больной с жалобами на высыпания в области лица и шеи. Из анамнеза: 1 месяц назад больной был в командировке в Туркмении. При осмотре имеются несколько язв с подрытыми, изъеденными краями и неровное изъерзанное дно покрытое некротическими массами. По периферии язв наблюдаются лимфангит, который прощупывается в виде толстых тяжей.

- Ваш предположительный диагноз?
- Какие методы исследования нужно провести?

Эталон ответа:

- Сельский тип лейшманиоза кожи.
- Необходимо исследовать мазок взятый с очагов поражения на тельца Боровского, провести диагностический кожный тест с лейшманином.

8. Самостоятельная работа.

Задания для самостоятельной работы и УИРС

- составить алгоритм диагностики: чесотка, сельская форма кожного лейшманиоза, гидроаденит.

Темы УИРС:

- Эпидемическая пузырьчатка новорожденных
- Атипичные формы чесотки
- Хроническая язвенная пиодермия
- Клиника и течение металеишманиоза
-

9. Критерии оценки знания студентов

Балл	Критерии оценки	Тема занятия: Инфекционные и паразитарные заболевания кожи. Современныe методы диагностики и лечения.
Отлично 86-100 балл	Заключение и выводы. Правильное клиническое мышление. Самостоятельное мышление. Практические навыки. Правильное мышление и объяснение материала.	Студент должен владеть знаниями по этиологии, патогенезу, классификации, клинике, диагностике, дифференциальной диагностике и профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний кожи. Владеет современными методами диагностики и лечения. Знает практические навыки по данной теме и может проводить. На основании теоретических знаний может сделать заключение и имеет свои научные взгляды.
Хорошо 71-85 балл	Правильное клиническое мышление. Практические навыки. Правильное мышление и объяснение материала.	Студент хорошо знает этиологию, патогенез, классификацию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и профилактику инфекционных и паразитарных заболеваний кожи. Имеет представление о современных методах диагностики и лечения. Знает практические навыки. На основании теоретических знаний не может сделать

		определенное заключение и не имеет свои научные взгляды.
Удовлетворительно 55-70 балл	Правильное мышление и объяснение материала.	Студент должен владеть знаниями по этиологии, патогенезу, классификации, клинике, диагностике, дифференциальной диагностике, лечению и профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний кожи.
Неудовлет 55 баллов и менее	Отсутствие знаний и мышления.	У студента имеется смутное и запутанное представление по данной теме.

10. Контрольные вопросы

Перечень рассматриваемых вопросов:

- Этиология и патогенетические звенья развития пиодермий, вирусных, паразитарных заболеваний кожи, лейшманиоза, лепры;
- Патоморфологические изменения кожи при пиодермиях, вирусных, паразитарных заболеваниях, лейшманиозе, лепре;
- Классификация пиодермий, вирусных заболеваний, лейшманиоза, лепры. Нозологические формы пиодермий, вирусных и паразитарных заболеваний; Различные клинические формы лейшманиоза, лепры;
- Клинические проявления, характер начала заболевания, характеристика кожно-патологического процесса, характерные симптомы, формы, осложнения;
- Дифференциальная диагностика инфекционных и паразитарных заболеваний кожи;
- Принципы лечения больных с инфекционными и паразитарными заболеваниями кожи;
- Профилактика, реабилитация.

Оснащение практического занятия:

- Тематические больные
- Таблицы «Пиодермии», «Вирусные заболевания кожи», «Паразитарные заболевания кожи», «Краевая патология кожи», «Лейшманиоз кожи», «Лепра».
- Слайды по пиодермиям, вирусным, паразитарным и краевым заболеваниям кожи
- Сценарий методов работы в малых группах
- Ситуационные задачи

Занятие 2.

1. Тема: Микозы. Диагностика и принципы лечения.

2. Цель: Обучить студента диагностике часто встречающихся грибковых заболеваний кожи с использованием анамнеза и клинико-лабораторного исследования, определить эффективную лечебную тактику и профилактические мероприятия.

3. Задачи занятия: Обучить студента:

- Постановке клинического диагноза различных нозологических форм относящихся к грибковым заболеваниям кожи.
- Терапевтической тактике при микозах кожи;
- Профилактике микозов.

В результате проведения занятия студент должен уметь:

- Собрать жалобы больного, анамнез заболевания;
- Клинически обследовать больного и описать основное заболевание;
- Провести дифференциальную диагностику;
- Выделить опорные симптомы анамнеза и клиники для формирования предварительного диагноза;
- Составить план лабораторного обследования больного;
- Интерпретировать результаты лабораторного исследования;
- Определить терапевтическую тактику;
- Провести профилактические мероприятия.

В результате проведенного занятия студент должен овладеть следующими практическими навыками:

- Проведение микроскопического диагностического метода, определение пробы Бальцера, симптома Бенъе, симптома «медовых сот» (см. методич. рекомендации «Методы диагностики применяемые в дерматологии»);

Перечень рассматриваемых вопросов:

- Этиология и патогенетические звенья развития грибковых заболеваний кожи;
- Патоморфологические изменения кожи при микозах;
- Классификация грибковых заболеваний кожи, Нозологические формы керато- и дерматомикозов, кандидозов;
- Клинические проявления, характер начала заболевания, характеристика кожно-патологического процесса, характерные симптомы, формы, осложнения;
- Дифференциальная диагностика микозов;
- Принципы лечения больных с грибковыми заболеваниями кожи;
- Профилактика.

План занятия:

- I. Проверка теоретических знаний студентов путем устного опроса и тестовых задач.
- II. Разбор больных и их историй болезни.
- III. Проверка и анализ оценочных листов клинического мышления студента, решение ситуационных задач, ролевые игры.
- IV. Работа с раздаточным материалом и проверка окончательного уровня знаний

студентов.

- V. Изложение нового материала. Подведение итогов занятия. Домашнее задание на следующее занятие.

4. Теоретическая часть.

ТРИХОФИТИЯ

Диагностика	Трихофития. Клинические формы: 1). Зоонозная. Трихофития гладкой кожи, волосистой части головы и инфильтративно-нагноительная форма. 2) Антропонозная. Поверхностная и хроническая трихофития гладкой кожи и волосистой части головы.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Возбудитель зооантропонозной формы – <i>Tr. mentagrophytes ectothrix</i> -передается от крупного рогатого скота. Антропонозный возбудитель- <i>Tr. Tonsurans endothrix</i> – передается от больного человека.
Жалобы	На гладкой коже или на волосистой части головы появляются округлой формы воспалительные высыпания, волосы выпадают.
Клинические проявления	Поверхностная форма. На волосистой части головы появляются мелкие округлой формы очаги , поверхность которых покрыта чешуйками, волосы обломанны на 1-2мм., которые имеют форму запятых, крючков, вопросительных знаков. На гладкой коже появляются эритематозно-сквамозные очаги, располагающиеся в виде колец. Хроническая трихофития взрослых. На волосистой части головы появляются черные точки, шелушение. На гладкой коже имкются сквамозные пятна. Ногти- серовато белого цвета, ломкие , имеются подногтевые гиперкератозы. Инфильтративно-нагноительная форма на волосистой части головы имеет симптом медовых сот Целься, после заживления оставляет после себя рубец, В области бороды—паразитарный сикоз, оставляющий после себя рубец. На гладкой коже инфильтрат похож на фурункул.
Методы исследования	Бактериологическое и бактериоскопическое исследование.
Лечение	Гризеофульвин детям 20-22 мг/кг/сут, взрослым 15-16 мг/кг/сут (или орунгал, кетоконазол, ламизил). Местно: Частое подстригание волос (поверхностная форма). Серно-салициловая мазь, ламизил, 3-5% йод. При глубоких формах-эпиляция волос, примочки 10% водным раствором ихтиола в течении 2-3 дней, затем лечить также как и поверхностную форму.
Сроки лечения	В стационарных условиях 21-30 дней, трехкратный отрицательный результат на грибы, затем взятие на учет в течении 6 месяцев.

МИКРОСПОРИЯ

Диагностика	Микроспория. Клинические формы: 1) Зоонозная (микроспория волосистой части головы и гладкой кожи), 2) Антропозонозная (микроспория волосистой части головы и гладкой кожи) Возбудитель является грибами <i>Mikrosporum</i> и широко распространен среди детей, чаще поражается волосистая часть головы и гладкой кожи. Повреждение ногтевых пластинок встречается редко. Инкубационный период 4-6 недель.
-------------	---

Факторы приводящие к развитию заболевания	Зоонозная форма: <i>Mikrosporium lanosum</i> , <i>mikrosporium canis</i> -собачий, кошачий. Заражение происходит через вещи и предметы обихода, инфицированные грибами. Антропонозная форма- <i>Mikrosporium ferrigineum</i> - заражение происходит при несоблюдении правил личной гигиены, через вещи человека, инфицированные грибами.
Жалобы	На гладкой коже и волосистой части головы появляются воспалительные высыпания овальной формы, обламывание волос.
Клинические проявления	При локализации на волосистой части головы: очаги овальной формы с четкими границами, с шелушением. Волосы обламываются на 5-8 мм от общего уровня кожи. При локализации на гладкой коже—кольцевидной формы эритематозно-сквамозные очаги, пузырьки, чешуйки, форма <i>iris</i> .
Методы исследования	Бактериологическое и бактериоскопическое исследование.
Лечение	Противогрибковый антибиотик гризеофульвин: детям 20-22 мг/кг/сут, взрослым 15-16 мг/кг/сут.(кетоканазол, низорал, ламизил), частое удаление волос
Сроки лечения	В стационарных условиях 21-30 дней, каждые 7 дней сдача анализов на грибы. После 3-х разовой отрицательной пробы амбулаторное наблюдение в течении 6 мес.

КАНДИДОЗЫ

Диагностика	Кандидоз. Клинические формы: 1)Кандидоз слизистых оболочек; 2)Кандидоз крупных складок; 3)Висцеральный кандидоз 4) Кандидоз ногтей(онихия, паронихия). Вызывают дрожжеподобные грибы рода <i>Candida</i> , часто болеют дети младшего возраста и пожилые люди.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Гиповитаминозы Длительное время применение антибиотиков, снижение иммунной реактивности организма.
Жалобы	Зуд, жжение, болезненность.
Клинические проявления	На слизистых оболочках—стоматит, глоссит, вульвовагинит, баланопостит, наблюдается покраснение и белесоватый налет. На крупных складках—очаги темно- красного цвета, границы эпидермиса кольцевидные, белые. На ногтях—ногтевые бугорки красноватые, при надавливании выходит гной. Ногтевые пластинки серого цвета, ломкие.
Методы исследования	Микроспория, дрожжевые клетки, размножающиеся почкованием.
Лечение	Устранение причины заболевания, нистатин, леворин, дифлюкан, кетоназол, эубиотики, витамины группы В, поливитамины. Местно-левориновая мазь, пимафуцин, анкотил.
Сроки лечения	В стационарных условиях 10-12 дней.

ЭПИДЕРМОФИТИЯ

Диагностика	Эпидермофития- грибковое заболевание кожи. Различают 2 вида: 1) эпидермофития стоп (сквамозная, интертригинозная, дисгидротическая). 2) паховая эпидермофития.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Повышенная потливость, ношение тесной обуви.
Жалобы	На появление высыпаний в кожных складках, между пальцами ног, на своде стопы- покраснение, образование пузырьков, шелушение, зуд.
Клинические проявления	Сквамозная форма- в области свода стопы, между пальцами ног имеется резко выраженное шелушение на слегка гипермированной коже, сопровождается незначительным зудом. Интертригинозная форма- на межпальцевых складках нарастающая гиперемия, имеются трещины, наблюдается жжение , зуд. Дисгидротическая форма характеризуется наличием в области свода стоп гиперемии, отечности, элементы сыпи- пурьки, пузыри, которая нагнаеваются. Соправаждаются повышением температуры. Паховая эпидермофития- располагается в паховых складках, кожа гиперемированна, вокруг виде ободка имеются папулы-везикулёзные элементы, в центре имеются шелушения.
Методы исследования	Бактериоскопическое исследования содержимого пузырьков, чешуек. Бактериологическое исследования.
Лечение	При хронической форме, онихомикозах – фунгицидные антибиотики (орунгал, ламизил, дифлюкан, гризифульвин)-внутри по схеме, поливитамины. Местно: при сквамозной и интертригинозной форме-3%спиртовый раствор йода 1раз, 2-3% серносалициловая мазь, ламизил или клотримазоловая мазь-2раза в день. При дизгидротической форме- ванночки с раствором марганцовки, пузырьки вскрываются и накладываются примочки с дез.раствором до полного высыхания. Затем местное лечение как при сквамозной форме. Для избежания рецидивов саблюдать правила личной гигиены, наносить два раза в неделю 3-5%раствор йода на стопы.
Сроки лечения	При хронической и глубокой формах 10-12 дней в стационаре, при ограниченной и поверхностной формах-лечение в амбулаторных условиях.

РАЗНОЦВЕТНЫЙ ЛИШАЙ

Диагностика	Разноцветный лишай. Относится к грибковым заболеваниям кожи, с хроническим течением. Поражаются роговой слой эпидермиса
Факторы приводящие к развитию заболевания	Возбудителем заболевания является грибок рода <i>Pityosporum orbiculare</i> , заражение происходит при прямом и непрямом (бытовом) контакте. Заболевание возникает при повышенной потливости и снижении фунгицидной способности кожи.
Жалобы	На шее .груди, руках а также на кожи спины живота появляются пятна различных цветов (красноватые молочно- кофейные)

	сопровождаются зудом.
Клинические проявления	У больных на шее, груди, животе, в подмышечной области, на плечах и разгибательных поверхностях рук появляются гипо- и гиперпигментированные молочно-кофейные или воспалительные красные пятна, на поверхности которых имеется шелушение. Проба Бальцера и проба Бенъе (скрытое шелушение) положительные. При освещении люминисцентной лампой Вуда видны очаги поражения коричневого цвета.
Методы исследования	Микроскопическое исследование чешуек с поверхности очага.
Лечение	Местное лечение: 20% эмульсия бензилбензоата, 2-5% салициловый спирт, клотримазовая, микосептиновая или низораловая мази наносить на очаги 2 раза в день в течении 10-14 дней.
Сроки лечения	В амбулаторных условиях в течении 10-14 дней, находиться под наблюдением дерматолога, соблюдать гигиену.

Классификация и нозологические формы грибковых заболеваний кожи

Вопрос	Ответ
1. Как классифицируются микозы?	Классификация грибковых заболеваний кожи: 1. Кератомикозы; 2. Дерматомикозы; 3. Кандидозы; 4. Глубокие микозы.
2. Что поражается кератомикозами и какие заболевания к ним относятся?	Кератомикозы поражают роговой слой эпидермиса. К ним относятся: разноцветный лишай, эритразма, узловатая трихоспория и подмышечный трихомикоз.
3. Что поражается дерматофитиями и какие заболевания к ним относятся?	Дерматомикозы поражают эпидермис, дерму, волосяные фолликулы и стержни, ногтевые пластинки. К ним относятся: паховая эпидермофития, эпидермофития стоп, трихофитии, микроспории, руброфитии и фавус.
4. Что поражается и как классифицируются кандидозы?	При кандидозах поражаются кожа, слизистые оболочки и внутренние органы. Классификация: 1. Кандидозы кожи, слизистых оболочек, ногтей; 2. Хронический генерализованный гранулематозный кандидоз; 3. Кандидозы внутренних органов.
5. Какие заболевания относятся к глубоким микозам?	К глубоким микозам относят: актиномикоз, хромомикоз, кокцидиоидоз, гистииоз, бластомикоз.

Классификация дерматофитий

Вопрос	Ответ
1. Как классифицируются эпидермофития стоп?	Классификация: 1. Сквамозная форма; 2. Интертригинозная форма; 3. Дисгидротическая форма; 4. Ногтевая форма.
2. Как классифицируются	Классификация: 1. Поверхностная трихофития гладкой кожи; 2. Поверхностная трихофития волосистой части

трихофитии?	голове; 3. Глубокая (хроническая) трихофития гладкой кожи; 4. Глубокая (хроническая) трихофития волосистой части головы; 5. Инфильтративно-нагноительная трихофития.
3. Классификация микроспории.	Классификация: 1. Поверхностная микроспория гладкой кожи; 2. Поверхностная микроспория волосистой части головы; 3. Глубокая (хроническая) микроспория гладкой кожи; 4. Глубокая (хроническая) микроспория волосистой части головы; 5. Инфильтративно-нагноительная микроспория.
4. Классификация фавуса.	Классификация: 1. Сквамозная форма; 2. Импетигиозная форма; 3. Скутулярная форма.

Характерные клинические симптомы и методы диагностики грибковых заболеваний кожи.

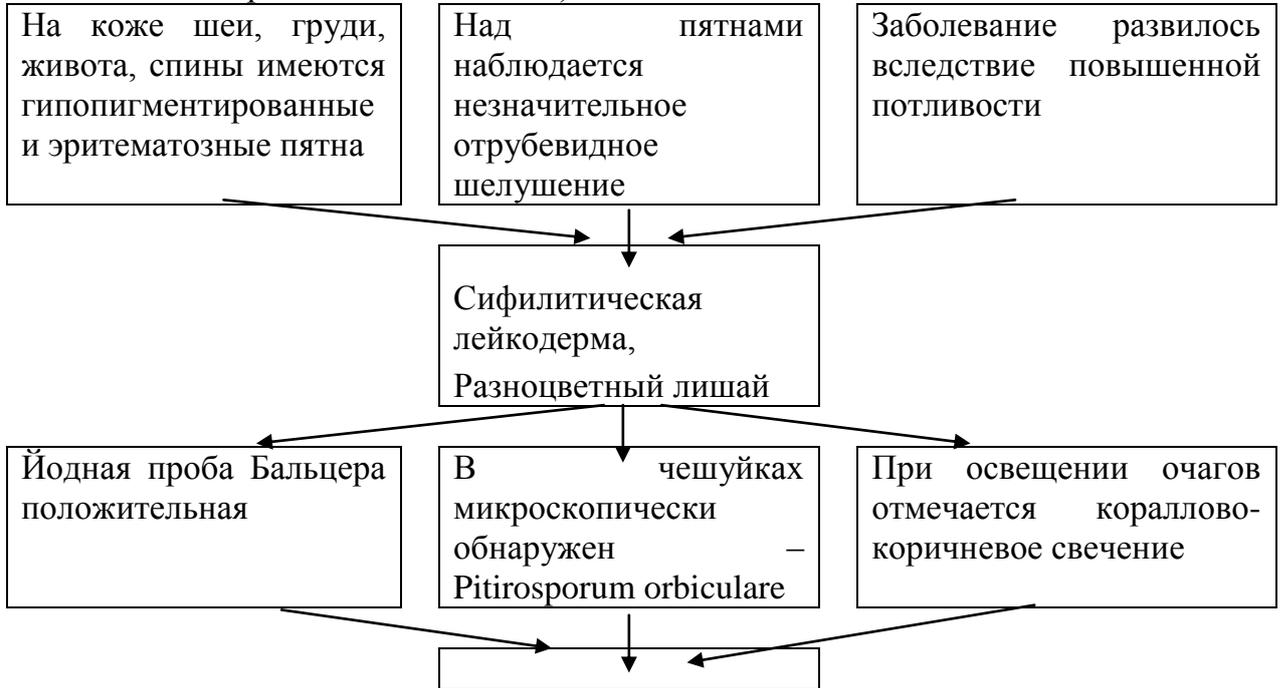
Вопрос	Ответ
1. Какие характерные симптомы и методы диагностики наблюдаются при разноцветном лишае?	1. Проба Бальцера – при смазывании очагов поражения 5% спиртовым раствором йода, за счет рыхлости рогового слоя(гиперкератоз) они окрашиваются более интенсивно по сравнению с окружающей кожей. 2. Симптом Бенъе – при поскабливании очагов поражения наблюдается наличие скрытого шелушения. 3. Освещение очагов поражения люминесцентной лампой Вуда приводит к кораллово-коричневого цвета свечению. 4. Микроскопия – обнаружение <i>Pitirosporum orbiculare</i> .
2. Методы диагностики при эритразме.	1. Лампа Вуда – кирпично-красного цвета свечение очагов поражения. 2. Микроскопически – обнаружение <i>Corinebacterium minutissimum</i> .
3. Методы диагностики и симптомы при трихофитии и микроспории	1. Симптом «медовых сот» – выделение гноя из пораженных волосяных фолликулов при инфильтративно-нагноительной трихофитии и микроспории. 2. Симптом «ириса» - расположение очагов при трихофитии и микроспории в виде «кольца в кольце». 3. Лампа Вуда – изумрудно-зеленое свечение очагов поражения при микроспории.
4. Характерные симптомы для фавуса	«Мышиный или амбарный запах» с очагов поражения и характерные «скутулы» на волосистой части головы.

Характер поражения волос при дерматофитиях.

Вопрос	Ответ
1. На каком уровне наблюдается обламывание волос	Волосы обламываются: 1. При поверхностной трихофитии – на уровне 2-3мм; 2. При глубокой трихофитии – на уровне кожи; 3. При микроспории – на уровне 5-8 мм от

при различных клинических формах дерматофитий?	уровня кожи.
--	--------------

Составить алгоритм диагностики: А) Разноцветного лишая



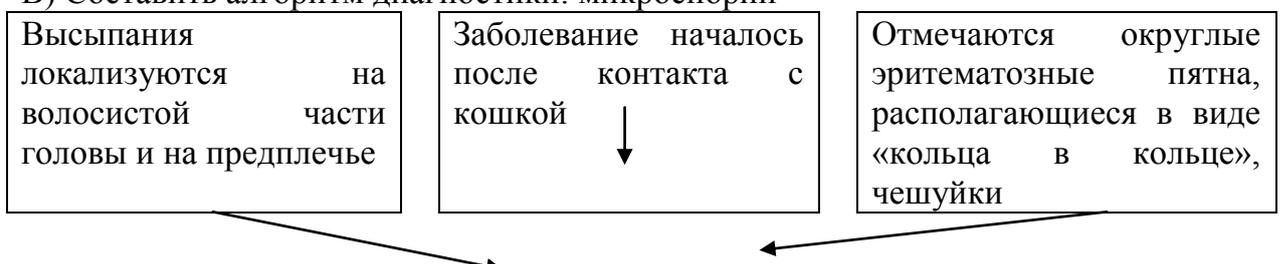
Ответ: Разноцветный лишай

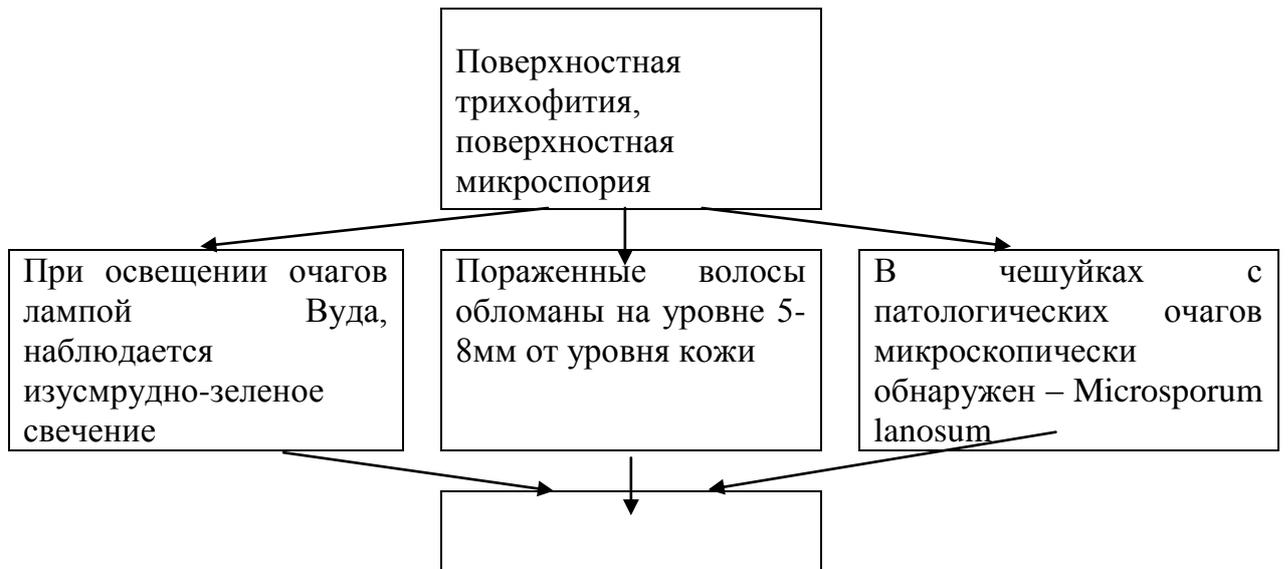
Б) Составить алгоритм диагностики: инфильтративно-нагноительной трихофитии



Ответ: инфильтративно-нагноительная форма трихофитии

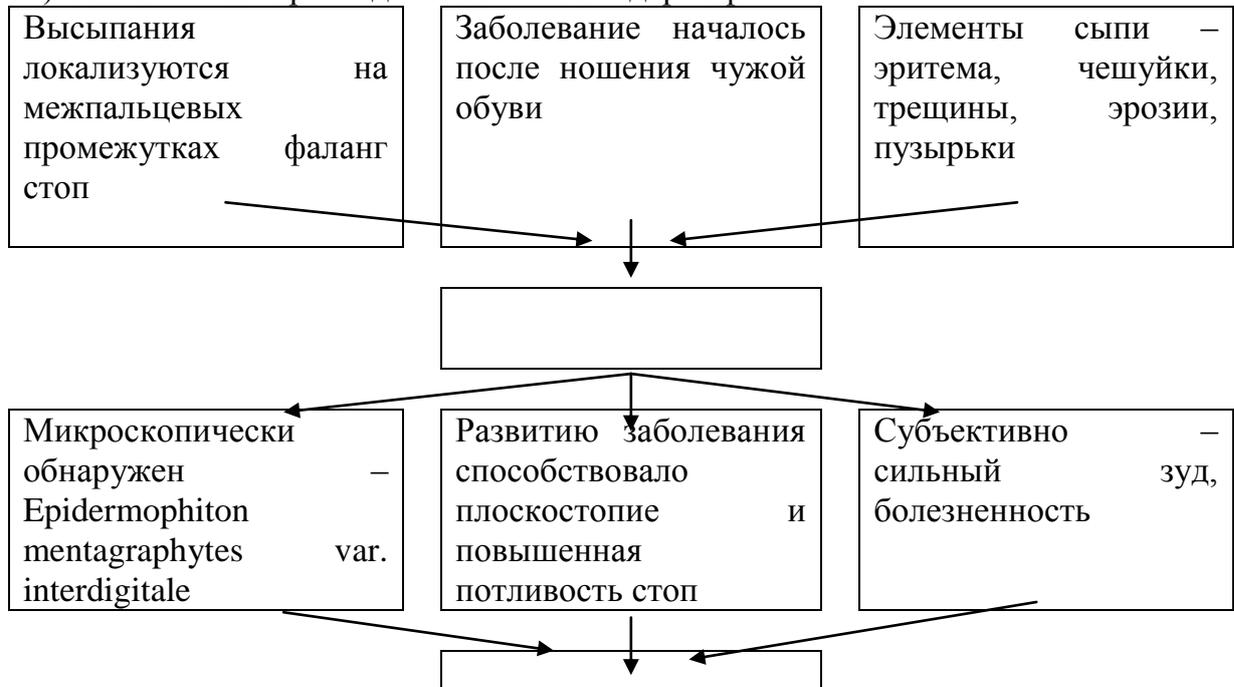
В) Составить алгоритм диагностики: микроспории





Ответ: Поверхностная микроспория волосистой части головы и гладкой кожи

Г) Составить алгоритм диагностики: эпидермофитии стоп



Ответ: Эпидермофития стоп, интертригинозная клиническая форма.

Задание № 5. Дифференциальная диагностика.

Дифференциальная диагностика разноцветного лишая и сифилитических лейкодерм при вторичном рецидивном сифилисе

	Разноцветный лишай	Сифилитическая лейкодерма
1.Фактор вызывающий заболевание	<i>Pitirosporum orbiculare</i>	Бледная трепонема
2.Элементы сыпи	Округлой формы гипопигментированные, эритематозные пятна, чешуйки	Гипопигментированные пятна без шелушения
3.Проведение йодной пробы Бальцера	Положительная	Отрицательная
4.Проба Бенъе	Положительная	Отрицательная
5.Освещение лампой Вуда	Кораллово-коричневого цвета свечение	Свечения не наблюдается
6.Классические серологические и специфические реакции крови	Отрицательные	Резко положительные

Дифференциальная диагностика трихофитии и микроспории

	трихофитии	микроспории
1.Фактор вызывающий заболевание	Антропо- и зооантропофильные грибы <i>Trichophyton violaceum, tonsurans, faviforme, gypseum.</i>	Антропо- и зооантропофильные грибы <i>Microsporum ferrugineum, lanosum, canis.</i>
2.Источники заболевания	Больной человек, коровы, лошади, овцы, мыши, морские свинки	Больной человек, кошки, собаки
3.Характер поражения	Очаги более крупные	Очаги меньшей величины
4.Обламывание волос наблюдается на уровне	2-3мм от уровня кожи при поверхностных формах, на уровне кожи - при хронических	5-8 мм от уровня кожи
5. Свечение под лампой Вуда	Не отмечается изменение цвета	Изумрудно-зеленого цвета

Задание № 6. Интерактивные методы обучения.

А). Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Аквариум»

1. Выбор темы: А) Какие препараты системного действия применяют при трихофитии, микроспории и фавусе? Б) Как применяется гризеофульвин-форте? В) Его побочное действие и противопоказания?
2. Из группы выбираются 3 студента, которые занимают место в середине аудитории.
3. Малой группе дается задание, которое обсуждается 10-15 минут.

4. Окружающие наблюдатели записывают правильные и неправильные ответы.
5. Представители малой группы дают свои версии, студент давший неверный ответ заменяется студентом, из аудитории, давшим наиболее правильную версию.

Игра проводится аналогично игре «Что? Где? Когда?»

Предполагаемые ответы на поставленные вопросы:

- А) Применяются препараты: низорал, орунгал, флунол, гризеофульвин-форте, ламизил.
- Б) Гризеофульвин-форте выпускается в таблетках по 0,125. Рекомендуемая суточная доза для детей 15-16 мг/кг/сут, для взрослых 21-22мг/кг/сут. Принимается 3 раза в день с растительным маслом.
- В) Гризеофульвин-форте является гепатотоксичным препаратом, в связи с чем противопоказан при заболеваниях печени и желчного пузыря.

Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Трехступенчатого интервью»

1. Выбор темы: Диагноз: «Эпидермофития стоп. Интертригинозная клиническая форма»
2. Объяснение задачи участникам. Проводится в виде консультации «врач-больной-эксперт». Студенты делятся на три группы, по 3 человека, распределяются роли: «врач», «больной», «эксперт». Больным анонимно сообщается диагноз. Каждая группа проводит консультацию в течении 10-15 минут. Эксперт оценивает и записывает действия врача в 3 раздела:
 1. Что сделано правильно?
 2. Что сделано неправильно?
 3. Как надо было бы сделать?

Каждая группа демонстрирует консультацию с комментариями эксперта, которые оцениваются всеми участниками. Врач должен правильно провести опрос больного (жалобы, анамнез), объективное обследование и выставить правильный диагноз.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- Жалобы: на появление высыпаний, мокнутие, зуд, болезненность в области межпальцевых промежутков пальцев стоп.
- Анамнез: Заболевание началось через 3 недели после посещения бассейна, вначале на левой, затем на правой ноге.
- Клиника: кожно-патологический процесс носит островоспалительный, симметричный характер. В области межпальцевых промежутков пальцев ног наблюдается отечная эритема, пузырьки, мацерация, сильный зуд, болезненность. При отторжении мацерированного эпителия образуются мокнущие эрозии, трещины.

В конце занятия студенты заполняют оценочный лист.

Вопросы:

1. Клиника заболевания.
2. Лабораторные методы диагностики и их интерпретация.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Принципы лечения.
5. Принципы профилактики.

6. Тесты.

1. К дерматофитиям относятся:

- А. руброфитии
- В. эритразма
- С. разноцветный лишай
- Д. бластомикоз
- Е. узловатая трихоспория

2. Образование желто-коричневых пятен невоспалительного характера наблюдается при:

- А. отрубевидном лишае
- В. чешуйчатом лишае
- С. красном плоском лишае
- Д. опоясывающем лишае
- Е. простом лишае

3. Для какого заболевания характерно изумрудно-зеленое свечения под лампой Вуда:

- А. микроспория
- В. разноцветный лишай
- С. эритразма
- Д. трихофития
- Е. фавус

4. Нити мицелия при разноцветном лишае располагаются в:

- А. роговом слое
- В. гиподерме
- С. сосочковом слое
- Д. сетчатом слое
- Е. зернистом слое

5. Для микроскопической диагностики дерматомикозов патологический

- А. материал выдерживают в:
- В. 20% растворе едкой щелочи
- С. 20% водно-мыльной эмульсии бензилбензоата
- Д. 20% борно-салициловом спирте
- Е. 6% растворе соляной кислоты

3-5% резорциновом спирте

6. Для какой клинической формы эпидермофитии стоп характерно появление шелушения, трещин и мокнутия в межпальцевых складках ног:

- А. интертригинозная форма
- В. сквамозная форма
- С. дисгидротическая форма
- Д. онихомикоз
- Е. для всех клинических форм

7. Трихофития - это заболевание, относящееся к группе:

- А. дерматомикозов
- В. аллергодерматозов
- С. вирусных дерматозов
- Д. нейродерматозов
- Е. пиодермий

8. При каком заболевании на гладкой коже отмечаются очаги поражения в форме «ирис» (кольцо в кольце):

- А. Микроспория
- В. Эпидермофития
- С. Фавус

- Д. Розовый лишай Жибера
 - Е Псориаз
9. Характер поражение волос при микроспории:
- А. Обламывание волос на уровне 5-6 мм
 - В. Черные точки на месте обламывания волос
 - С. Обламывание волос на уровне кожи
 - Д. Изменение цвета волос без их обламывания
 - Е. Обламывание волос на уровне 1-2 мм
10. Какое лечение применяют при кандидозе кожи и слизистых оболочек:
- А. Дифлюкан
 - В. Тетрациклин
 - С. Эритромицин
 - Д. Деллагил
 - Е. Пирогенал

7. Задание. Ситуационные задачи.

Б) Ситуационная задача №1

Больному ребенку, посещающему детский сад 3 года, установлен диагноз микроспория волосистой части головы, высеяна культура *микроспорума канис*.

1. Какова ваша тактика в отношении больного.
2. Какие противоэпидемические мероприятия вы проведете.

Эталон ответа:

1. Больного необходимо направить в микологическое отделение стационара для госпитализации, изолирования, проведения специфической терапии.
2. Для предупреждения распространения заболевания необходимо обследовать всех членов семьи, детей в детском саду бывших в контакте с больным ребенком. При обнаружении каких-либо клинических признаков заболевания у контактных лиц необходимо провести лабораторную диагностику и лечение в стационаре.

Ситуационная задача №2

На прием обратился ребенок 5 лет у которого при осмотре на коже предплечья было выявлено 2 очага правильной округлой формы, с очень четкими границами, величиной 1x1 см и 2x2 см. Очаги представляют собой эритематозные пятна, несколько возвышающиеся по периферии, с более бледным центром, покрытым небольшим количеством чешуек.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика для его обоснования.

Эталон ответа:

1. Поверхностная трихофития гладкой кожи.
2. Для обоснования диагноза необходимо провести микроскопический метод исследования материала с очагов поражения, для обнаружения возбудителей.

Ситуационная задача №3

У больного ребенка 7 лет, страдающего поверхностной трихофитией волосистой части головы и получающего гризеофульвин, внезапно появилась головная боль, тошота, жидкий стул, изменения в крови: лейкопения, эозинофилия, лимфопения.

1. Ваша тактика.

Эталон ответа:

1. Необходимо кратковременно отменить препарат внутрь или уменьшить дозы, провести больному дезинтоксикационную терапию, назначить гепатопротекторы, витаминотерапию витаминами группы В.

Ситуационная задача №4

При осмотре детей в детском саду у ребенка на волосистой части головы обнаружены мелкие плешинки. Волосы обломаны на разных уровнях. При микроскопии обломанных волос обнаружены элементы гриба *Achorion .Shonleini* внутри волоса.

1. Какой диагноз вы поставите больному.
2. Какова будет ваша тактика в отношении больного и его окружающих?
3. Кто может являться источником заражения?

Эталон ответа:

1. Фавус волосистой части головы.
2. Больного необходимо госпитализировать в грибковое отделение и провести курс терапии гризеофульвином-форте в сочетании с местной противогрибковой терапией. По поводу заболевания необходимо известить СЭС и обследовать всех контактных лиц по поводу заболевания.
3. Источником заражения являются больные люди. Заболевание передается как при прямом контакте, так и через зараженные грибами предметы обихода больного.

Ситуационная задача №5.

На прием к врачу обратился больной Н., 38 лет, скотник, с жалобами на недомогание, головную боль, повышение температуры до 37,6 С, "узлы" на волосистой части головы.

АНАМНЕЗ. Заболевание связывает со своей профессией, работает скотником в течение 10 лет. Ежедневно контактирует с животными - крупным рогатым скотом, у которого имеются, по свидетельству ветеринарной службы, лишай. Сопутствующих заболеваний не имеет.

ОБЪЕКТИВНО. На коже волосистой части головы имеется несколько очагов поражения резко очерченных, покрытых большим количеством гнойных, сочных корок. После снятия корок из каждого волосяного фолликула в отдельности выделяется гной напоминающий мед в медовых сотах ("медовые соты" Цельсия). Подчелюстные шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Ваша тактика для постановки точного диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного.

Эталон ответа:

1. Инфильтративно-нагноительная трихофития.
2. Необходимо провести микроскопическое исследование патологического материала с очагов поражения.
3. Заболевание дифференцируют с другими формами трихофитии, с глубокими стафилококковыми пустулами, инфильтративно-нагноительной микроспорией.

Ситуационная задача №6

У мужчины 26 лет обратившегося к врачу дерматологу, с жалобами на появление высыпаний в области свода и межпальцевых промежутков стоп при микроскопии материала с патологических очагов обнаружены грибы *Epidermophyton mentagrophytes interdigitale varum*. Больного сильно беспокоит зуд и жжение. Признаки заболевания начались 2 недели назад после начала посещения бассейна.

1. Ваш диагноз.
2. Ваша тактика в отношении больного.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.

Эталон ответа:

1. Эпидермофития стоп.
2. Необходимо по клиническим проявлениям заболевания установить форму (сквамозная, интертригинозная, дисгидротическая) заболевания. Провести местную противогрибковую терапию.
3. Дифференциальную диагностику проводят с интертригинозной экземой, а также между различными клиническими формами заболевания.

8. Самостоятельная работа

- составить алгоритм диагностики
- классификация, клиника и течение кандидозов
- хронический генерализованный гранулематозный кандидоз.

9. Критерии оценки знания студентов

Отлично 86-100 балл	Заключение и выводы. Правильное клиническое мышление. Самостоятельное мышление. Практические навыки. Правильное мышление и объяснение материала	Студент должен иметь полные знания об этиологии, патогенезе, классификации, клинике, дифференциальной диагностике грибковых заболеваний кожи, лечении и профилактических мероприятиях. Лабораторная диагностика и методы исследования грибковых заболеваний кожи (проба Бальцера, Бенъе симптом, люминисцентная лампа Вуда). Знает соответствующие практические навыки. На основании теоретических знаний может сделать заключение и имеет свои научные взгляды.
Хорошо 71-85 балл	Правильное клиническое мышление. Самостоятельное	Студент должен иметь общие знания об этиологии, патогенезе, классификации, клинике, дифференциальной диагностике грибковых заболеваний кожи, лечении и профилактических

	мышление. Практические навыки. Правильное мышление и объяснение материала.	мероприятиях. Лабораторная диагностика и методы исследования грибковых заболеваний кожи (проба Бальцера, Бенъе симптом, люминисцентная лампа Вуда). Знает соответствующие практические навыки. На основании теоретических знаний не может сделать определенное заключение и не имеет свои научные взгляды.
Удовлетворительно 55-70 балл	Правильное мышление и объяснение материала.	У студента имеются поверхностные знания об этиологии, патогенезе, классификации, клинике, дифференциальной диагностике грибковых заболеваний кожи, лечении и профилактических мероприятиях. Соответствующие практические навыки знает, но не может проводить.
55 баллов и менее		У студента имеется смутное и запутанное представление по данной теме.

10. Контрольные вопросы:

1. Этиология и патогенетические звенья развития грибковых заболеваний кожи;
2. Патоморфологические изменения кожи при микозах;
3. Классификация грибковых заболеваний кожи
4. Нозологические формы кератомикозов
5. Нозологические формы дерматомикозов
6. Нозологические формы кандидозов;
7. Клинические проявления, характер начала заболевания, характеристика кожно-патологического процесса, характерные симптомы, формы, осложнения;
8. Дифференциальная диагностика микозов;
9. Принципы лечения больных с грибковыми заболеваниями кожи;
10. Профилактика.

Занятия № 3.

1. Тема: Аллергодерматозы. Аутоиммунные заболевания кожи. Диагностика, лечение и профилактика.

2. Цель: Обучить студента диагностике аллергодерматозов, аутоиммунных заболеваний кожи с использованием анамнеза и клинико-лабораторного обследования, определить рациональную терапевтическую тактику.

3. Задачи занятия: Обучить студента:

- Постановке клинического диагноза аллергодерматит, крапивница, экзема, атопический дерматит, почесуха, псориаз, красный плоский лишай, красная волчанка, истинная пузырчатка;
- Терапевтической тактике при аллергических, аутоиммунных заболеваниях кожи;
- Оказанию экстренной помощи при неотложных аллергологических, аутоиммунных состояниях.

В результате проведения занятия студент должен уметь:

- Собрать жалобы больного, анамнез заболевания;
- Клинически обследовать больного и описать основное заболевание;
- Провести дифференциальную диагностику;
- Выделить опорные симптомы анамнеза и клиники для формирования предварительного диагноза;
- Составить план лабораторного обследования больного;
- Интерпретировать результаты лабораторного исследования;
- Определить терапевтическую тактику;
- Провести профилактические мероприятия.

В результате проведенного занятия студент должен овладеть следующими практическими навыками:

- Проведение диагностического метода определения дермографизма, симптома «псориатической триады», симптома «Уикхема», симптома Никольского, феномена Кебнера (см. методич. рекомендации «Методы диагностики применяемые в дерматологии»);
- Проведение аллергологического метода кожных проб (см. методич. рекомендации «Методы диагностики применяемые в дерматологии»)

Перечень рассматриваемых вопросов:

- Этиология и патогенетические звенья развития аллергодерматозов и аутоиммунных заболеваний кожи;
- Патоморфологические изменения кожи при аллергодерматитах, аутоиммунных заболеваниях кожи;
- Классификация аллергодерматозов, аутоиммунных заболеваний кожи;
- Клинические проявления, характер начала заболевания, характеристика кожно-патологического процесса, характерные симптомы, формы, осложнения;
- Дифференциальная диагностика аллергодерматозов, аутоиммунных заболеваний кожи;
- Принципы лечения больных с аллергическими и аутоиммунными заболеваниями кожи;
- Профилактика.

План занятия:

- I. Проверка теоретических знаний студентов путем устного опроса.
- II. Разбор больных и их историй болезни.
- III. Проверка и анализ оценочных листов клинического мышления студента, решение ситуационных задач, ролевые игры.
- IV. Работа с раздаточным материалом и проверка окончательного уровня знаний студентов.
- V. Изложение нового материала. Подведение итогов занятия. Домашнее задание на следующее занятие.

4. Теоретическая часть**АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ**

Диагностика	Атопический дерматит. Клинические формы: а) экссудативная, б) эритематозно-сквамозная, в) эритематозно-сквамозная с лихенизацией, г) лихеноидная, д) пруригинозная. Степени активности: I,II,III,IV. Степени тяжести и течения: а) легкая, б) средней тяжести, в) тяжелая. Заболевание аллергической природы, характеризующееся появлением на коже остро- и подостровоспалительных высыпаний, с последующей лихенификацией, наблюдаемая у людей с преимущественной наследственной предрасположенностью к аллергическим заболеваниям. Заболевание сопровождается интенсивным зудом, характеризуясь в начальных стадиях повышением тонуса парасимпатических, затем симпатических нервных систем.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Наследственная предрасположенность, функциональные нарушения ЦНС, эндокринные нарушения, недостаточность ферментов ЖКТ дисбактериоз сенсбилизация (к пищевым продуктам лекарственным препаратам токсикоинфекции и гельминты) иммунологические изменения нарушения диеты при беременности..
Жалобы	Появление высыпаний на теле зуд
Клинические проявления	Расположенные на эритематозном основании папулы, корки, эрозии, лихенификации, симптом полированных ногтей, белый дермографизм, эмоциональная лабильность, бессоница. Атопический синдром (дерматит, астма, аллергический риноконъюнктивит, хейлит). Признаки малого адиссонизма (гипокортицизм, гипотомия, астенизация, гиперпигментация).
Методы исследования	Аллергические пробы, определить в крови количество эозинофилов, проверить иммунограмму, исследовать кал на бак. посев
Лечение	При островоспалительной экссудативной форме гипоаллергическая диета (стол № 16), кортикостероиды: преднизолон 1-2 мг/кг в /м, в/в или внутрь в течении 3-12 дней в зависимости от общего состояния и кожнопатологического процесса, гемодез 200-400 мл в/в капельно №1, антигистаминные препараты 1-3 раза в/в, в/м или внутрь в течении 10-15 дней, седативные средства 2-3 раза в день в течении 7-

	10 дней , ферментные препараты 3 раза в день в течении 15-20 дней, энтеросорбенты 3-4 раза в течении 7 дней. После разрешения острого периода гистоглобулин в/м каждые 4-5 дней 1 раз в день №5, иммуномодулин в течении 10 дней. Местно: при экссудативной форме- примочки 1-2 дня, анилиновые красители 1-2 раза в день, кортикостероидные мази (синафлановая , целестодерм, лоринден, адвантан, бетновейт) 1-2 раза в день
Сроки лечения	В условиях стационара от 7 до 14 дней, в амбулаторных условиях под наблюдением дерматолога, аллерголога, педиатра и диетолога по в поликлинике по месту жительства. Каждые 6 месяцев проводить профилактическое лечение. Каждому больному вести дневник рациона питания. Прием пищи должен быть частым не большими порциями

ЭКЗЕМА

Диагностика	Экзема (eczeo – вскипать) – нейроаллергическое заболевание. Клинические формы: а) истинная, б) детская, в) микробная, г) себорейная, д) профессиональная. По течению: а) острая, б) подострая, в) хроническая.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Наследственная предрасположенность к аллергическим заболеваниям, нервные расстройства, различные травмы, очаги хронической инфекции, желудочно-кишечные расстройства, ферментативная недостаточность, эндокринные нарушения.
Жалобы	На постоянный зуд и высыпания.
Клинические проявления	Плоиморфизм: Эритемы, папулы, везикулы, эрозии, мокнутие, серозные корочки, пигментации. Очаги ограниченные или распространенные. Очаги пораженной ткани чередуются со здоровой кожей. При детской форме акземы очаги поражения локализуются на коже лица, рук и ног. При себорейной экземе -- в области лица, лба, волосистой части головы. При профессиональной экземе — в открытых участках тела. При микробной экземе на коже передней поверхности голени. При микробной экземе поражение имеет ассиметричный характер с четкими границами.
Методы исследования	Проводятся аллергические пробы, определение в крови количество эозинофилов, проведение иммунограммы, исследование кала на яйца глист.
Лечение	При островоспалительном экссудативной стадии гипоаллергическая диета (стол №16), кортикостероиды- преднизолон 1-2 мг/кг в/в, В/м , внутрь в течении 3-12 дней в зависимости от общего состояния и КПП. Гемодез 200-400 мл в/в кап. №1. Антигистаминные препараты: 1-3 раза в/в, в/м или внутрь в течении 10-15 дней, седативные препараты 2-3 раза в день в течении 7-10 дней , пищевые ферменты 3 раза в день в течении 15-20 дней, энтеросорбенты 3-4 раза в день в течении 7 дней, мочегонные препараты в течении 2-3 дней. После острого периода периода гистоглобулин в/м каждые 4 дня 1 раз в день №5, иммуномодулин в течении 10 дней .При микробной экземе

	антибиотики широкого спектра действия. Местно мази, содержащие антибиотики. Местное лечение: при экссудативной стадии примочки 1-2 дня, затем анилиновые красители 1-2 раза в день, кортикостероидные мази (целестодерм. Синафлан, лоринден, адвантан, бетновейт) 1-2 раза в день.
Сроки лечения	В стационарных условиях в течении 7-14 дней, в амбулаторных условиях- под наблюдением дерматолога, аллерголога, педиатра, диетолога. Каждые 6 мес. проводить профилактическое лечение (если заболевание появилось в грудном возрасте, то профилактическое лечение проводится до 3-х летнего возраста, если позже—до подросткового возраста).Каждому больному рекомендуется строго соблюдать диету, прием пищи должен быть частым в малых порциях.

КРАПИВНИЦА

Диагностика	Крапивница. Клинические формы: а) острая б) хроническая в) отек Квинке г) адренергическая д) холинергическая. Являясь аллергическим заболеванием, обусловлен острым отеком сосочкового слоя дермы,
Факторы приводящие к развитию заболевания	Семейная атопия, пищевые или ингаляционные аллергены, очаговая инфекция, различные лекарственные препараты (салицилаты, антибиотики), парапротеинемия, отек глистные инвазии, лямблиоз, действие физических факторов (солнечные лучи, холод), заболевания ЖКТ, укусы комаров, пчел, вшей и других насекомых.
Жалобы	Периодическое появление волдырей и папул, которые могут бесследно исчезать. Субъективно сопровождаются зудом. Отек Квинке проявляется отеком в области век, губ, а также отеком гортани.
Клинические проявления	На поверхности гладкой кожи появляются волдыри различных размеров. Цвет от светло розового, насыщенно красного до синюшного. Иногда бывают разноцветными в виде бабочки. Отек Квинке сопровождается высыпаниями на теле и отеком гортани, лица, век и губ. Для сыпи при крапивнице характерно нестойкость. Дермографизм уртикарный.
Методы исследования	Проведение аллергических проб. Выявление в крови эозинофилов, проведение иммунограммы, исследование кала на яйца глист.
Лечение	Острая крапивница: выявление и устранение аллергена, гипоаллергическая диета, раствор хлористого кальция-10% раствор в/в №10, антигистаминные препараты 1-3 раза в/в, в/м или внутрь в течении 10-15 дней, седативные средства 2-3 раза в день в течении 7-10 дней, ферментные препараты 3 раза в день во время еды, в течение 15-20 дней, энтеросорбенты 3-4 раза в день в течение 7 дней, мочегонные препараты в течение 2-3 дней. При отеке Квинке – преднизолон 1-2 мг/кг в/в, в/м или внутрь от 3 до 12 дней в зависимости от состояния, адреналина гидрохлорид 0,5-1,0 мл 0,1% р-р подкожно. При холинергической крапивнице: атропин 0,3-1,0 мл в/к, белладонна или белоспон внутрь 3 раза в день в течение 10-15

	дней, диазолин или фенкарол 2-3 раза в день в течение 10-15 дней. Местно: для снятия зуда используются различные болтушки, индометациновая, бутадионовая кортикостероидные мази.
Сроки лечения	В условиях стационара 3-7 дней, амбулаторное наблюдение у дерматолога, аллерголога, педиатра и диетолога в поликлинике, каждые 6 месяцев проводить профилактическое лечение. Назначение для каждого больного индивидуальной гипоаллергической диеты, частое питание с небольшими порциями пищи.

ДЕТСКАЯ ПОЧЕСУХА (строфулос)

Диагностика	Относится к аллергическим заболеваниям кожи, клиника заболевания чаще проявляется у детей первого года жизни.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Ферментопатии ЖКТ, сенсibilизация к пищевым продуктам (к грудному и коровьему молоку, углеводам, яйцам, цитрусовым, клубнике, бобовым), лекарственным препаратам, а также эндогенные интоксикации.
Жалобы	На появление высыпаний преимущественно на сгибательной поверхности рук и ног, сопровождающиеся зудом.
Клинические проявления	На сгибательной поверхности ру и ног имеются эритематозно, папуловезикулезные высыпания, уртикарии, розеола. Вследствии наличия сильного зуда, на коже имеются также экскориации, эрозии, корочки. Пузырьки расположены на поверхности папул (серопапулы), увеличение лимфатических узлов. В возникновении заболевания также участвует неврогенный фактор.
Методы исследования	Проведение аллергических проб на пищевые продукты, общий анализ крови, проведение иммунограммы, обследование кала на яйца глист.
Лечение	Диета гипоаллергическая Если мать кормит ребенка грудью, томать должна соблюдать гипоаллергическую диету. Коровье молоко нужно развести кипяченой водой в соотношении 1:1. Раннее введение в приком кисломолочных смесей. Эубиотики (бификол, бифидумбактерин и др.), антигистаминные препараты: в/в, в/м или внутрь !-3 раза в день в течении 7-10 дней, седативные средства 2-3 раза в день в течении 7-10 дней, ферментные препараты 3 раза в день в течении 15-20 дней, энтеросорбенты 3-4 раза— 7дней. Тиосульфат натрия 30% раствор 2,0-10,0 в/в №10, гистоглобулин в/м по схеме №5. Местно: УФО, иглорефлексотерапия, сероводородные ванны. Противозудные средства- мази (ментол, АСД, гормональные мази)
Сроки лечения	В стационарных условиях 7-12 дней, Амбулаторно под наблюдением дерматолога, аллерголога, педиатра, диетолога. Каждые 6 месяцев профилактическое лечение. Каждому больному вести дневник питания, принимать пищу часто небольшими порциями. В период ремиссии санаторно-курортное лечение.

КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

Диагностика	Красная волчанка. Классификация: Хроническая красная волчанка . Клинические формы: дискоидная, диссеминированная , центробежная эритема Биета, глубокая красная волчанка Капозии-Ирганга.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Генетическая предрасположенность, фокальная инфекция, инсоляция, переохлаждение, фотосенсибилизация, травмы, стресс, заболевания толстого кишечника.
Жалобы	Возникают эритематозные пятна, слабость, болезненность в области суставов.
Клинические проявления	При ДСК-ограниченная эритема, фолликулярный гиперкератоз, инфильтрация, рубцовая атрофия, телеангиоэктазия, пигментация. Очаги напоминают форму флека бабочку, папирусную бумагу в виде рубца. Центробежная эритема Биета-ограниченная эритема, иногда инфильтрация. Клинические симптомы болезненность при удалении чешуйки поверхности пораженной кожи. (Сим-м Бенье Мещерского) с внутренней стороны чешуйки шипиков (Симптом “Дамского каблука”)
Методы исследования	Исследования общих анализов. В крови –лейкопения, лимфопения, анемия, тромбоцитопения , . Серологические реакции. Метод иммунофлюорисцентной окраски.
Лечение	Синтетические противомаларийные препараты (резохин, Хингамин, плаквинил, далагил) по 0,25г.-2 раза-5-10 дней с 3-5 дневным промежутком. Кортикостероиды: преднизолон (до 50-80 мг/в сут) по схеме. При первой степени активности 15-20 мг/в сут, 2 степень активности 40 мг/в сут, 3 степень активности 1 мг/кг. Витамины группы В, витамин С, никотиновая кислота, витамин Е, витамин В6 1мл-1-2% раствор через день. Витамин В12 300мкг 2-3 мл через день в/м. Цитостатики (метотриксат 1 таблетка 2 раза в день). Энтеросорбенты 3-4 раза в день 7 дней. Антибиотики, иммуностимуляторы (1мл в/в 1 раз в сутки 15-20 дней. Гипатопротекторы (Эссенциале 2 капсулы 2-3 раза) 1 мл в/в 1 раз 15-20 дней.
Сроки лечения	В условиях стационара 14-16 дней. В условиях амбулатории при наблюдении местного дерматолога, педиатра, кардиолога. Каждые 6 месяцев проводить профилактические лечения. Рекомендовано санаторно- курортное лечение.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Диагностика	Клинические формы : 1. Гипертрофическая, бородавчатая. 2. Атрофическая и склеротическая форма. 3. Пенфигоидная форма. 4. Монилиформный. 5. Остраконечная форма. 6. Кольцевидная форма.
Факторы приводящие к	Неизвестны. Существует вирусные, генетические, иммунологические и инфекционно-аллергические теории.

развитию заболевания	
Жалобы	На высыпании на кожи особенно на внутренних поверхностях рук и ног. Зуд, иногда сильный.
Клинические проявления	Дермо-эпидермальные папулы, полигональная, плоский с блестящей поверхностью и с центральным западением.
Методы исследования	Общие клинические анализы. Симптом Уикхэма положительный.
Лечение	Антибиотики. Растворы солей кальция-кальций хлор, кальций глюконат, тиосульфат натрий. Транквилизаторы. Витамины PP, B1, B6, B12. Антигистаминные средства. Местно: стероидные мази.
Сроки лечения	В стационарных условиях 10-15 дней.

ПСОРИАЗ

Диагностика	Клинические формы: точечные, каплевидные, монетовидные, кальцевидный. Распространенный, нераспространённый. Течение: Прогрессивный, стационарный и регрессивный. Атипические формы: Интертригинозная, экссудативная, псориагическая эритродермия.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Наследственность. Нарушение ЦНС, инфекционно-аллергические заболевания. Нарушение обмена веществ, эндокринные нарушения.
Жалобы	Появление зудящих высыпаний на теле.
Клинические проявления	На теле на разгибательных частях рук и ног появляются мономорфные розовые папулы.
Методы исследования	Псориагическая триада положительная, изоморфная реакция Кебнера.
Лечение	На прогрессивной стадии 30% натрий тиосульфат, 10% кальций глюконат 5-10 мл в/в. Антигистаминные препараты, седативные препараты, пищевые ферменты, гепатопротекторы. Местный: на прогрессивной стадии- индифферентные мази, в стационарном и регрессивном стадии- 2% салициловая мазь в которую входят дегот, нафталан, мази содержающие кортикостероидов. Тяжёлом течении кортикостероиды применяются в/в.
Сроки лечения	В стационарном условии 10-15 дней. В амбулаторных условиях под наблюдением местного дерматолга и проводить лечебно-профилактические работы.

ИСТИННАЯ АКАНТОЛИТИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА

Диагностика	Истинная пузырьчатка
Факторы приводящие к развитию заболевания	Заболевание входит в группу аутоиммунных заболеваний В настоящее время большинство исследователей считают пузырьчатку проявлением аутоиммунной терапии. Всоединительных клетках рогового слоя появляются антигенные компоненты (Ig G).
Жалобы	На коже рук и ног, слизистых оболочках появляются пузырьки,

	повышение температуры, ухудшение общего состояния. Пузырьки вскрываются , образуя болезненные эрозии. Эрозии постепенно исчезают.
Клинические проявления	На коже рук и ног ,слизистых оболочках появляются пузырьки и эрозии.Покрышка пузырьков тонкая содержимое может быть серозным или геморрагическим , пузырьки быстро вскрываются и образуют большие эрозированные поверхности .Если потянуть за покрывку пузырьков ,то происходит отслойка эпидермиса на видимо здоровой коже(симптом Никольского отрицательный). Отмечается повышение температуры, ухудшение общего состояния . Пузырьки вскрываясь образуют болезненные эрозии. Эрозии постепенно исчезают.
Методы исследования	Обнаружение акантолитических клеток (тцанк клетки). Иммунофлюорисцентный метод(титр антител повы шается и зависит от общего состояния больного). Повышение в крови Ig G ,патогистологическое исследование –акантолиз, акантолизис.
Лечение	Глюкокортикоиды назначаются в 3 этапа(преднизолон 2-3 мг\ кг , дипроспан, дексаметазон), цитостатики(сандиммун ,циклоспорин А),гепарин , антистафилококковая плазма. Местно - жидкость Кастелани на эрозированные поверхности ,бриллиантовый зеленый или метиленовый синий . После этого кортикостероидные мази .
Сроки лечения	В стационарных условиях 15-20 дней, в амбулаторных условиях под постоянным наблюдением местного дерматолога .

Задание №1

Этиопатогенетические факторы развития простых контактных дерматитов

Вопрос	Ответ
1. Какие факторы приводят к развитию простых контактных дерматитов?	Простые контактные дерматиты развиваются при контакте кожи с безусловными факторами: физическими (низкие и высокие температуры, рентгеновские лучи), химическими (основания, кислоты), биологическими (растения, насекомые).

Патогенетические факторы и клиника аллергодергических дерматитов

Вопрос	Ответ
1. Какие факторы приводят к развитию аллергических дерматитов?	Аллергические дерматиты возникают при наличии сенсibilизации моновалентного характера вследствие повторного контакта с условными раздражителями.
2. Патологическая картина	Характеризуется истинным полиморфизмом, наблюдаются эритемы, микровезикулы, папулы, серозные корки.
3. Субъективные признаки	Зуд
4. Дермографизм	Красный, стойкий

Патогенетические факторы и клиника токсидермии

Вопрос	Ответ
1. Что такое токсидермии и какие факторы приводят к развитию токсидермии?	Токсидермии – генерализованные аллергические дерматиты, возникающие при действии эндогенных факторов (пищевых продуктов, бытовых аллергенов, медицинских препаратов).
2. Патологическая картина	Характеризуется острой воспалительной реакцией с резким полиморфизмом. Наблюдаются эритематозные, розеолезные, экссудативно-папулезные, везикулезные, буллезные, уртикарные и геморрагические высыпания.
3. Субъективные признаки	Зуд
4. Дермографизм	Красный, стойкий
5. Осложнение	Токсический эпидермальный некролиз – синдром Лайелла

Течение синдрома Лайелла

Вопрос	Ответ
1. Какие фазы в течении синдрома Лайелла имеются?	Течение синдрома Лайелла имеет 4 фазы: продромальную, эруптивную, кризиса, фазу выздоровления.

Этиопатогенез, клиника крапивницы

Вопрос	Ответ
1. Что такое крапивница?	Крапивница – это дерматоз проявляющийся мономорфной уртикарной зудящей сыпью.
2. Этиологические факторы	Пищевая аллергия, семейная атопия, медикаментозная аллергия, ингаляционная аллергия, очаговая инфекция, глистные инвазии, желудочно-кишечные нарушения, дискинезии желчевыводящих путей.
3. Какого типа аллергическая реакция развивается при крапивнице?	Гиперчувствительность немедленно-замедленного типа, обусловленная высокой концентрацией биологически-активных веществ.
4. Элементы сыпи	Волдыри
5. Дермографизм	Уртикарный
6. Осложнение	Отек Квинке

Этиопатогенетические факторы развития псориаза и красного плоского лишая.

Вопрос	Ответ
1. Какие факторы приводят к развитию псориаза и красного	В этиопатогенезе псориаза и красного плоского лишая важное значение придается наследственной, инфекционно-аллергической, вирусной, нервно-эндокринной, обменной

плоского лишая?	теориям развития заболевания.
-----------------	-------------------------------

Стадии течения, гистологические изменения, патоморфология псориаза и красного плоского лишая

Вопрос	Ответ
1. Какие стадии в течении псориаза и красного плоского лишая существуют?	В течении заболеваний отмечают прогрессирующую, стационарную и регрессирующую стадии.
2. Патологическая картина	Характерными патогистологическими изменениями для псориаза являются: а) гиперкератоз-усиленное ороговение рогового слоя эпидермиса, акантоз-утолщение и отек шиповатого слоя эпидермиса, папилломатоз-разрастание сосочков сосочкового слоя дермы; патогистология при красном плоском лишае-гипергранулез – это неравномерное утолщение зернистого слоя эпидермиса.
3. Характерные элементы сыпи для псориаза и красного плоского лишая	При псориазе отмечается мономорфная папулезная сыпь – папулы покрыты серебристо-белого цвета чешуйками, в зависимости от размера существуют – миллиарные, лентикулярные, лихеноидные, нуммулярные папулы. При красном плоском лишае отмечается мономорфная папулезная сыпь – папулы плоские, полигональные, с блестящей поверхностью.
4. Дермографизм	Красный, стойкий

Диагностические пробы наблюдаемые при псориазе и красном плоском лишае

Вопрос	Ответ
1. Что такое феномен «псориатической триады» и каким методом он определяется?	Феномен «псориатической триады» определяемый методом покабливания включает в себя следующие симптомы: «стеаринового пятна», «терминальной пленки», «кровяной росы».
2. Что такое симптом «сетки Уикхема» и каким методом он определяется?	Симптом «сетки Уикхема» определяется при прогрессирующей стадии красного плоского лишая методом просветления, заключается в просветлении и образовании серовато-белесоватых точек и полос при смазывании поверхности элементов растительным маслом.

Атипичные формы при псориазе и красном плоском лишае

Вопрос	Ответ
1. Назовите атипичные формы псориаза.	К атипичным формам псориаза относятся: ладонно-подошвенный псориаз, псориатическая эритродермия, артропатический псориаз, себоррейный псориаз, экссудативный псориаз, пустулезный псориаз,

	интертригинозный псориаз.
2. Назовите атипичные формы красного плоского лишая.	Атипичными формами красного плоского лишая являются – гипертрофический, атрофический, перифолликулярный, аннулярный, монилиформный, зостериформный красный плоский лишай.

Основные этиологические факторы приводящие к развитию рубцующегося эритематоза, патогенез заболевания.

Вопрос	Ответ
1. Какие факторы имеют важное значение в этиологии красной волчанки?	В этиологии заболевания имеют значение аутоиммунные процессы, стрептококковая инфекция, вирусы, инсоляция.
2. Какой патологический процесс происходит в крови у больных красной волчанкой?	В костном мозге больных происходит своеобразный нуклеофагоцитоз, из-за наличия особого антиядерного фактора, который проникая в лимфоциты и другие лейкоциты, фиксируется на их ядрах, расщепляя их. Нейтрофильные лейкоциты фагоцитируют ядерное вещество, в результате чего нейтроф
2. Образование каких клеток наблюдается при красной волчанке?	При красной волчанке отмечается образование патогномичных для данного заболевания LE-клеток, которые являются видоизмененными нейтрофильными лейкоцитами.
3. Преобладание каких гормонов может привести к развитию красной волчанки	Эстрогенов.

Классификация красной волчанки

Вопрос	Ответ
1. Как по течению классифицируется красная волчанка?	1. Острая или системная; 2. Подострая; 3. Хроническая.
2. Как классифицируется хроническая красная волчанка?	Хроническая красная волчанка классифицируется: 1. Дискоидная форма; 2. Диссеминированная форма; 3. Центробежная эритема Биетта-Брока; 4. Глубокая форма Капоши-Ирганга.

Диагностические симптомы наблюдаемые при дискоидной форме красной волчанки

Вопрос	Ответ
1. Какие зоны наблюдаются при	В патологическом очаге по периферии наблюдается зона «эритемы», «фолликулярного гиперкератоза», в центре – зона

дискоидной форме красной волчанки?	«рубцовой атрофии».
2. Что такое симптом «Бенье-Мещерского», в какой патологической зоне он наблюдается?	Болезненность при удалении роговых чешуек расположенных над волосяными фолликулами и сальными железами в зоне фолликулярного гиперкератоза, вследствие раздражения нервных окончаний.
3. Что такое симптом «дамского каблука»?	На основании роговых шпиков имеются остроконечные отростки в форме устьев фолликулов, напоминающих дамские каблуки.
4. Что такое симптом «бабочки»?	Расположение очагов эритемы в области скуловых частей щек и кожи переносицы напоминающее по форме «бабочку».
5. Что такое симптом «наперстка» Хачатурьяна?	При расположении патологического процесса на носу и ушных раковинах наблюдаются комедоны, расширенные устья фолликулов с легким гиперкератозом и шелушением.

Основные этиологические факторы приводящие к развитию истинной пузырчатки.

Вопрос	Ответ
1. Какие факторы имеют важное значение в этиологии истинной пузырчатки?	В этиологии заболевания имеют значение аутоиммунные процессы.
2. Какой патологический процесс происходит?	Наблюдается разрушение межклеточных соединений шиповатого слоя эпидермиса – акантолизис.
2. Образование каких клеток наблюдается при истинной пузырчатке?	При истинной пузырчатке отмечается образование патогномичных для данного заболевания акантолитических клеток Тцанка – видоизмененных кератиноцитов.

Классификация истинной пузырчатки

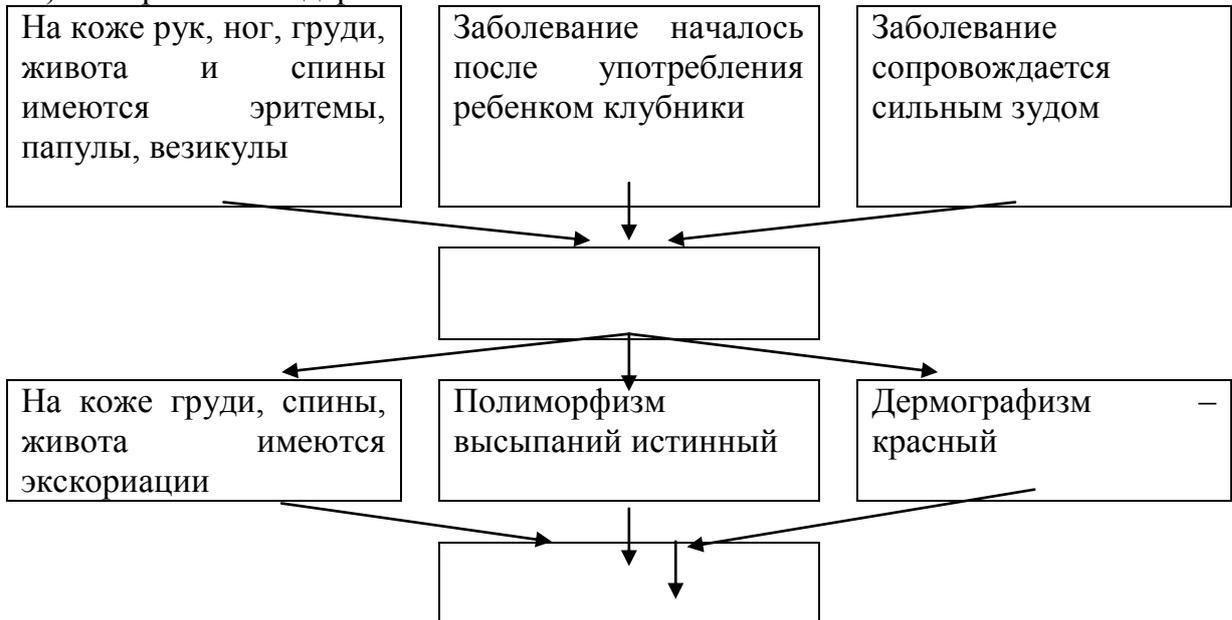
Вопрос	Ответ
2. Как классифицируется истинная акантолитическая пузырчатка?	1. Вульгарная форма 2. Вегетирующая форма 3. Листовидная форма 4. Эритематозная или себорейная форма

Диагностические симптомы наблюдаемые при дискоидной форме красной волчанки

Вопрос	Ответ
1. Что такое симптом Никольского?	При потягивании за покрывку вскрывшегося пузыря отмечается отслаивание эпидермиса на видимо неизмененных участках кожи.
2. Что такое симптом Шеклакова?	При изменении положения тела пузырь приобретает грушевидную форму, из-за давления содержимого пузыря.
3. Что такое симптом Асбо-Гансена?	При надавливании предметным стеклом на покрывку невскрывшегося пузыря отмечается увеличение объема пузыря.
4. Какое патологическое изменение лежит в основе симптома Никольского и его вариантов?	Гистологический процесс – акантолизис.

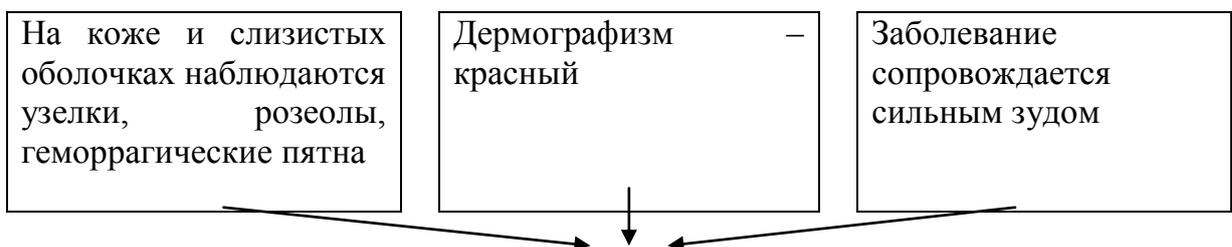
Задание №2. Составить алгоритмы диагностики:

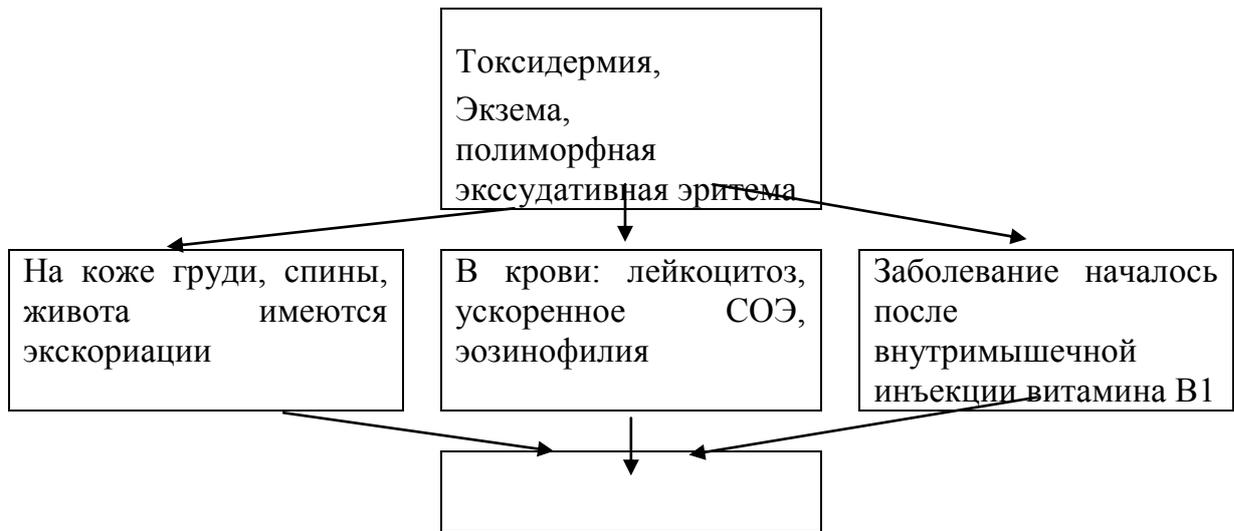
А) Аллергический дерматит.



Ответ: аллергический дерматит

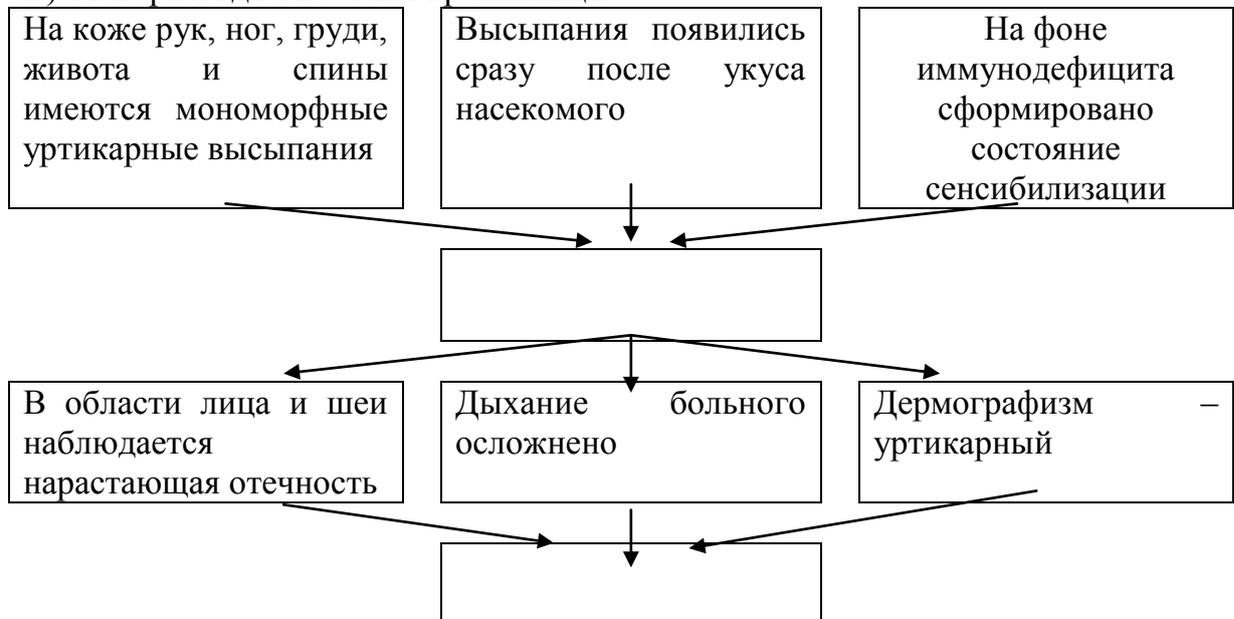
Б) Составить алгоритмы диагностики: токсидермии





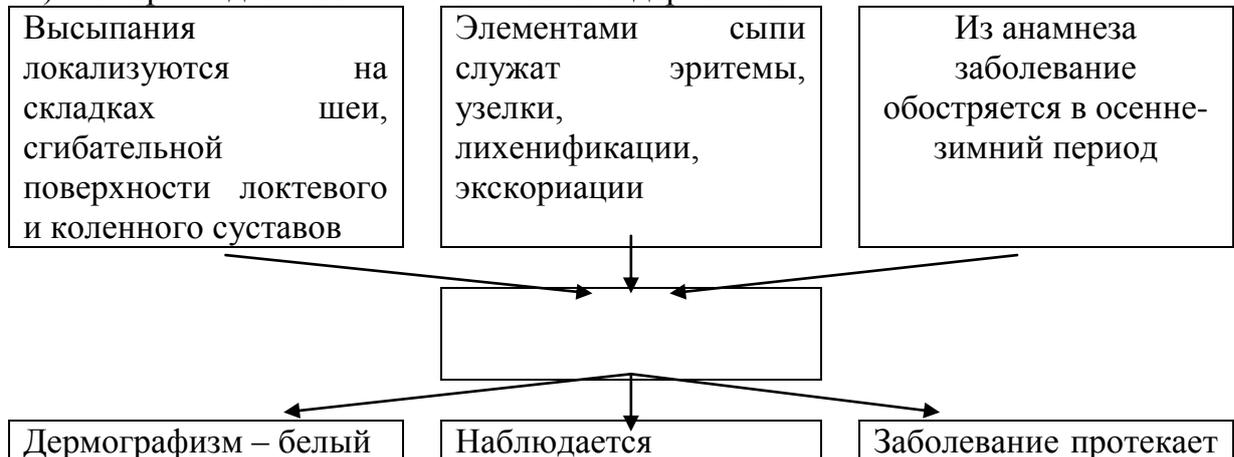
Ответ: токсидермия

В) Алгоритм диагностики крапивницы



Ответ: крапивница, отек Квинке

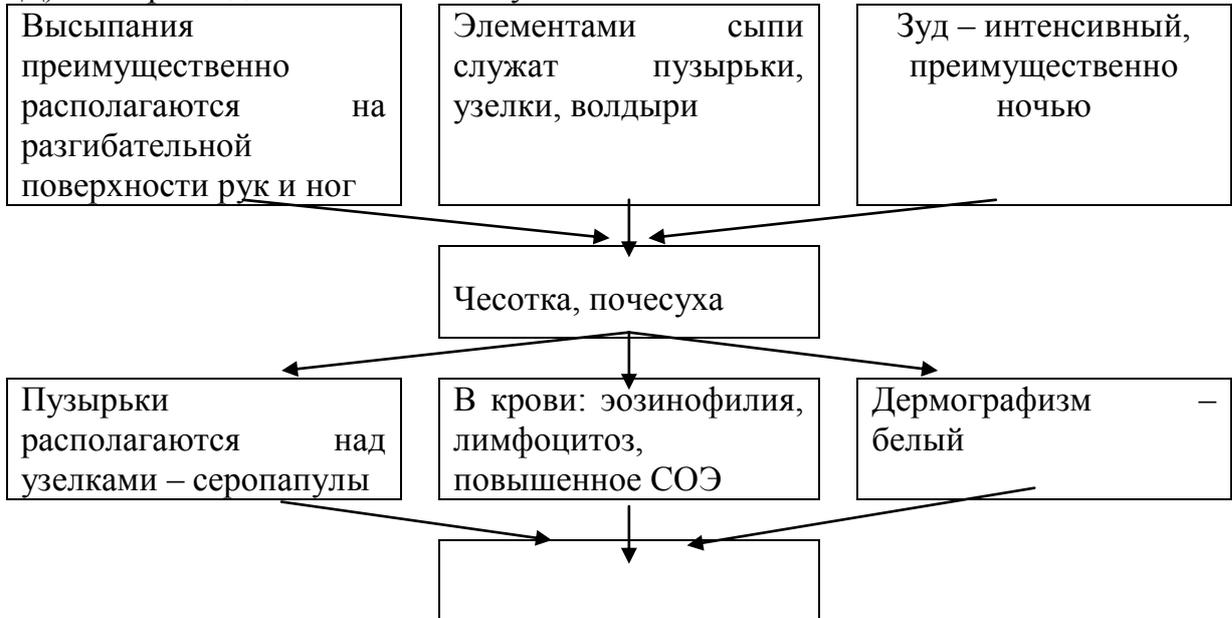
Г) Алгоритм диагностики атопического дерматита





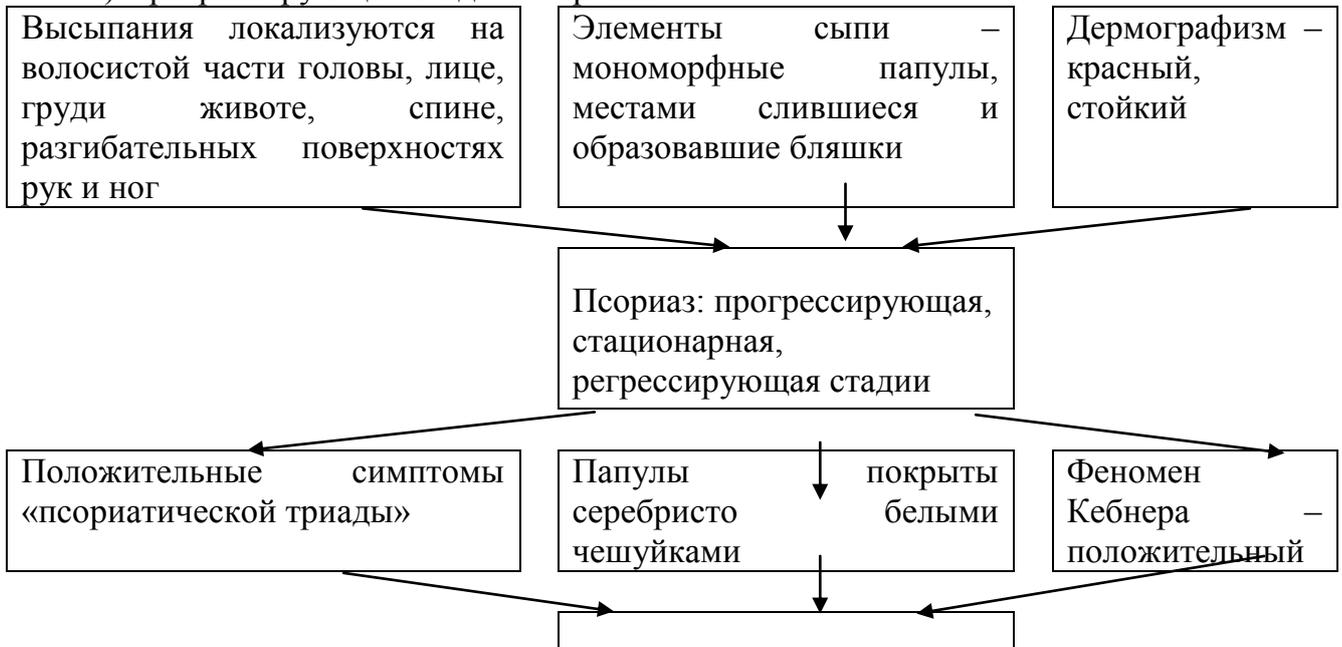
Ответ: Атопический дерматит, лихеноидная форма

Д) Алгоритм диагностики чесотки



Ответ: Почесуха

Е) Прогрессирующей стадии псориаза



Ответ: прогрессирующая стадия псориаза

С) Регрессирующей стадии псориаза



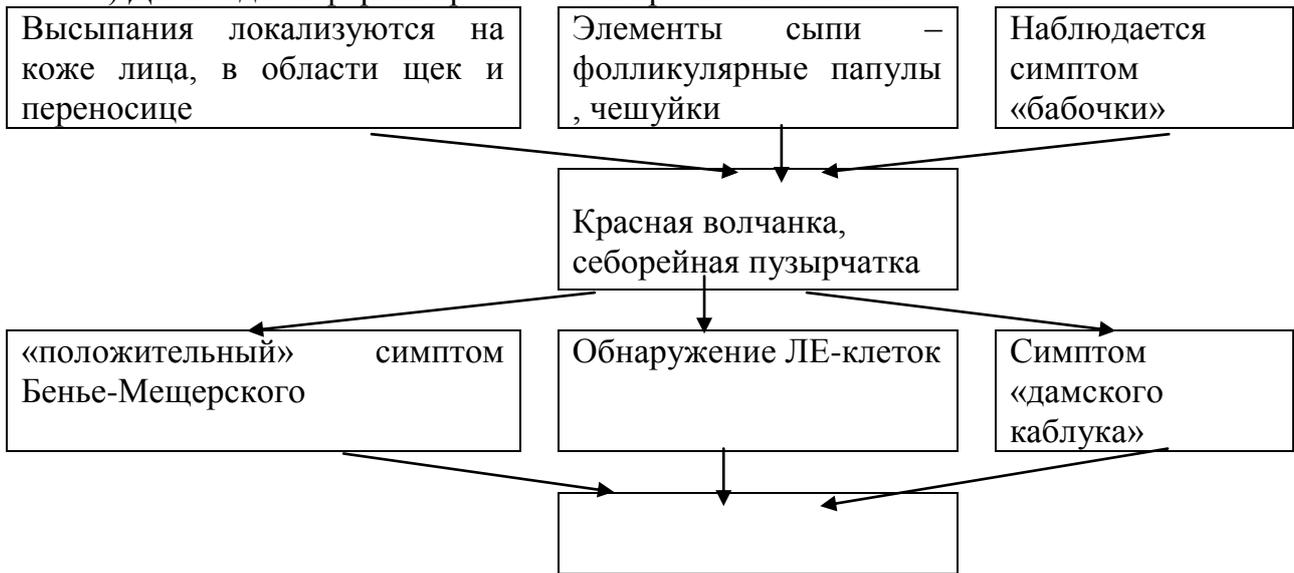
Ответ: регрессирующая стадия псориаза

3) Прогрессирующей стадии красного плоского лишая



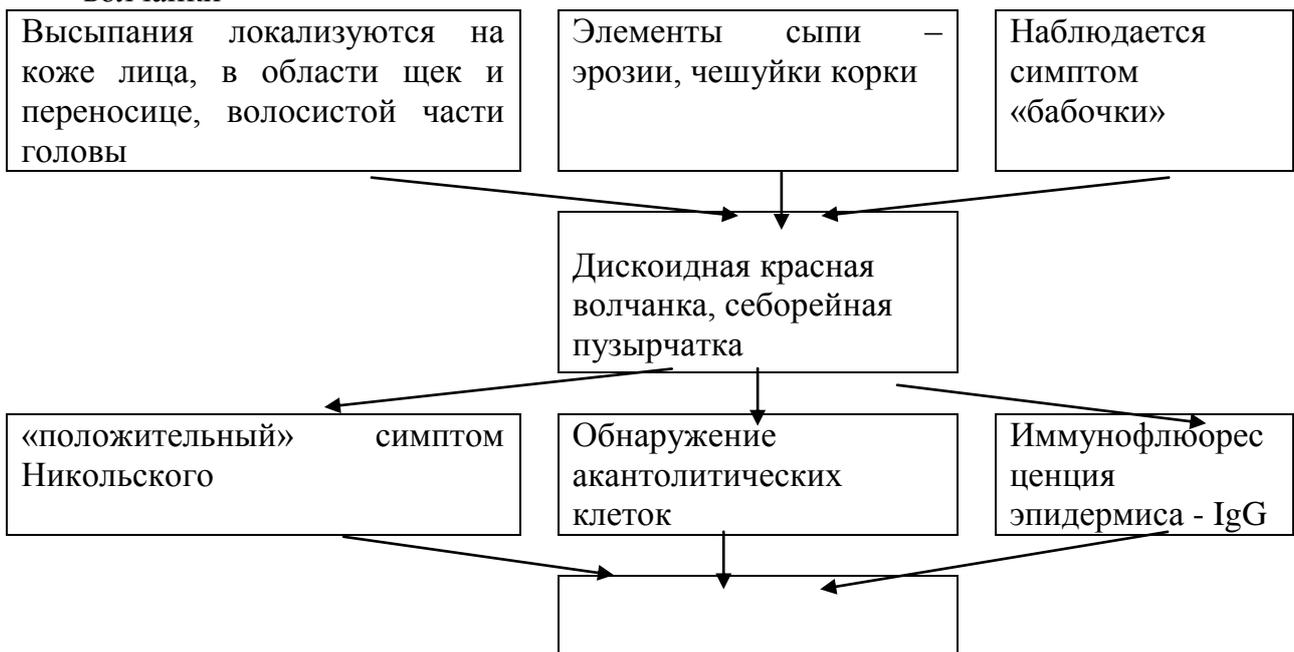
Ответ: прогрессирующая стадия красного плоского лишая

О) Дискоидной формы хронической красной волчанки



Ответ: Дискоидная форма красной волчанки.

Составить алгоритмы диагностики: А) Дискоидной формы хронической красной волчанки



Ответ: Себорейная форма истинной пузырчатки.

Диагноз: Красная волчанка. ДискOIDная клиническая форма.

Возраст – 47 лет. Вес – 64 кг.

Клиника	Диагностика												Дифференциальный диагноз	Стандартное лечения			Индивидуальный подход к лечению			Реабилитация						
	Лабораторная			Интерпретация			Инструментальная			Интерпретация																
Чаще отмечается на лице в форме «бабочки» На очагах наблюдается 3 зоны: ограниченная эритема, фолликулярный гиперкератоз, рубцовая атрофия. Такие же ограниченные очаги наблюдаются на других частях тела.	Микроскопическая Лейкопения - $2-3 \times 10^9/\text{л}$; обнаружены LE-клетки; увеличение СОЭ			За счет антиядерного фактора (макроглобулины) лейкоциты разрушаются, что приводит к лейкопении. Наблюдаемая диспротеинемия за счет увеличения глобулинов в крови приводит к нарастанию СОЭ. Фагоцитоз лейкоцитами макроглобулинов приводит к образованию LE-клеток			Метод поскабливания. -симптом Бенъе-Мещерского -симптом дамского каблука			За счет фолликулярного гиперкератоза при поскабливании в очагах наблюдается болезненность. При удалении чешуек, на их нижней поверхности обнаруживаются шипики - симптом «дамского каблука».			При псориазе на поверхности папулезных элементов имеются серебристые пластинчатые чешуйки, которые при поскабливании легко, безболезненно снимаются. Элементы чаще располагаются на разгибательных поверхностях рук и ног. Со стороны общего анализа крови значительных изменений не отмечается.			1. Антигистаминные препараты. -Супрастин 2%-1-2мл в/м 10-15 дней, -Димедрол 1%-1-5мл 10-15 дней. -Диазолин 0,05-0,2 1-2 раза в день. 2. Десенсибилизирующие препараты: -Кальция глюконат 10% по 8-10 мл в/в. 6-10 дней. -Тиосульфат натрия 30 %, 6-8 мл в/в. 6-10 дней. 3. Антималярийные препараты: -Хингамин 0,025 по 1т. 2раза в день в течение 1м-ца. -Акрихин 0,05 по 1т. 2раза в день в течение 1м-ца. 4. Витаминотерапия: -Пиридоксин гидрохлорид 5%-1,0 по 1мл. в/м. -Аскорбин кислота 0,005, по 2 таб 3 раза в день, в течение 1 мес. Ретиноиды: -Аевит по 1к. 2-3 раза в день, 30-днев. Местно: Стероидные мази: Преднизолон, дипросаллик, целестодерм смазывать 2-3 раза в день. Кератолитические и кератопластические мази: - Салициловая мазь 2-3% 1 раз в день. -Серная мазь 10% 1 раз в день.			Rp: Sol. Suprastini 2% - 2мл в/м 10-15 дней. Rp.: Tab. Chingamini 0,025 №100 S. 10 дней по 1т. 2раза в день, в последующем по 1т. 1раз в течение 1м-ца. Rp.: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5%-1,0 D.t.d. , №10 S. 1мл. в/м 10 дней. Rp.: Sol. Ac. Nicotinic 0,1%-1. D.t.d. № 20 amp. S. 1мл в/м, 20 дней. Rp.: Sol. Aeviti 1.0 № 10 amp. S. 1мл в/м. Rp.: Ac. Salicylici 2.0 Sulfuris praecipitati 3.0 Vaselini ad 100.0 M.f.ung. D.S. Смазывать утром. Rp.: Ung Diprosalici 30,0 D.S. Смазывать вечером.			Больные должны находиться под наблюдением дерматолога, которые каждые 6 мес. Должны получать профилактическое лечение.				
1,0	0,5	0	0	0	0	0,5	0,2	0	0,5	0,2	0	0,5	0,25	0	2,0	1,0	0	2,0	1,0	0	2,0	1,0	0	1	0	0
П/О	Н/О	нет	П	Н	нет	П/О	Н/О	нет	П	Н	нет	П/О	Н/О	нет	П/О	Н/О	нет	П/О	Н/О	нет	П/О	Н/О	нет	П	Н	нет
			О	О	т	О	О	т	О	О	т	О	О	т										О	О	

Задание № 5. Дифференциальная диагностика.

Дифференциальная диагностика простого и аллергического контактного дерматита

	Простой контактный дерматит	Аллергический контактный дерматит
1.Фактор вызывающий заболевание	безусловный	Условный
2.Состояние моновалентной сенсibilизации	Не имеет значения	Имеет значение
3.Границы очага поражения	Четкие, не выходит за пределы границ контакта	Нечеткие, выходит за пределы границ воздействия аллергена
4.После прекращения воздействия	Процесс самопроизвольно регрессирует	Процесс продолжается
5.Элементы сыпи	Воспалительные пятна – эритемы	Эритема, узелки, пузырьки, волдыри
6.Субъективные ощущения	Жжение, болезненность	Зуд, жжение

Дифференциальная диагностика аллергического контактного дерматита и экземы

	Алл. Конт. Дерматит	Экзема
1.Течение	Острое	Хроническое
2.Возникает при воздействии на кожу	Экзогенного фактора	Экзо- и эндогенного факторов
3.Локализуется	На местах воздействия раздражителя	На любом участке кожного покрова
4.Поражение	Очаг сплошной	Не сплошной с просветами здоровой кожи
5.Полиморфизм	Слабо выражен	Резко выражен
6.Мокнутые и «серозные колодцы»	Непостоянный признак	Доминирующий симптом
7.Буллезные высыпания	Часты	Отсутствуют
8.Течение	Непродолжительное, бурное	Длительное, рецидивирующее
9.Исчезает после устранения экзогенного фактора	Всегда	Не всегда
10.Сенсibilизация	Отсутствует	Поливалентная
11.Аллергическая реактивность	Не резко выражена	Резко выражена
12.Аллергические высыпания	Отсутствуют	Обычное явление

Дифференциальная диагностика вульгарного псориаза и
красного плоского лишая

	Псориаз	Красный плоский лишай
1. Характер элементов сыпи	Мономорфные папулезные элементы покрытые серебристо-белого цвета чешуйками	Мономорфные папулы, полигональные, плоские с блестящей поверхностью
2. Локализация высыпаний	Кожа волосистой части головы, по всему телу, преимущественно на разгибательной поверхности рук и ног	По всему телу, преимущественно кожа сгибательной поверхности рук и ног
3. Высыпания на слизистых оболочках полости рта и гениталий	Не наблюдается	Наблюдается
4. Характерные симптомы	Прогрессирующая стадия – симптом Пильнова и «псориатической триады», Регрессирующая стадия – симптом «псевдоатрофического ободка Воронова»	Прогрессирующая стадия – симптом «сетки Уикхема»
5. Характерные гистологические изменения	Гиперкератоз, акантоз, папилломатоз	Гипергранулез

Задание 6. Интерактивные методы обучения.

В) Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Ручка в центре стола»

1. Выбор темы: «Клиническая картина контактного аллергического дерматита».
2. Объяснение задачи участникам: На один лист каждый студент записывает один вариант ответа и передвигает лист товарищу, при этом свою ручку передвигает в центр стола. При отсутствии ответа ручка остается на столе. Все ответы обсуждаются совместно в течение 10-15 минут, анализируются верные и неверные варианты и дается оценка каждого ответа.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- возникает при наличии сенсibilизации (моновалентной)
- возникает при контакте с экзогенным условным раздражителем
- эритема
- пузырьки
- узелки
- пузырьки вскрываются образуя эрозии и мокнутие

- патологический процесс не имеет четких границ в отличие от простого контактного дерматита
- сыпь появляется одновременно без стадийности
- наблюдается истинный полиморфизм.
- воспалительный процесс продолжается после прекращения действия раздражителя
- зуд
- дермографизм-красный, стойкий
- процесс может в последующем трансформироваться в экзему с развитием поливалентной сенсibilизации.

Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Ротация»

1.Выбор тем:

- А) Симптомы характерные для токсидермии
- Б) Осложнения токсидермии, клиническая характеристика
- В) Лечение токсидермии

2. Студенты группируются по 2-3 человека.

3. Каждой группе выдается определенная тема и в течение 10 минут студенты записывают свои суждения.

4. Группы обмениваются листами с ответами и при необходимости дополняют их.

5. По окончании работы ответы обсуждают все участники и выбирают правильный и полный ответ, который записывается в тетради каждым участником.

6. По окончании обсуждения педагог оценивает каждого студента.

7. Длительность проведения метода 30-40 минут.

Предполагаемые ответы на поставленные вопросы:

А) Симптомы характерные для токсидермии:

- возникают в результате сенсibilизации к пищевым продуктам, бытовым аллергенам, медицинским препаратам.
- возникают при действии эндогенных факторов.
- развивается островоспалительная реакция с резким полиморфизмом эффоресценций.
- эритемы
- розеолы
- узелки
- пузырьки
- пузыри
- волдыри
- геморрагические пятна
- повышение температуры до 38-39*С
- зуд
- красный стойкий дермографизм

Б) Осложнения токсидермии, клиническая характеристика:

- осложнения – Токсический эпидермальный некролиз – синдром Лайелла
- течение синдрома Лайелла имеют 4 фазы: продромальная, эруптивная, кризиса, фаза выздоровления
- продромальная фаза характеризуется повышением температуры до 38*С, ознобом, сердцебиением, общей слабостью, бессонницей, головной и мышечно-суставной болями, тошнотой, рвотой, поносом

- эруптивная фаза: поражение кожи и появление эритем, волдырей, везикул, папул, петехий, пузырей с дряблой покрывкой (геморрагическим содержимым), образуются обширные эрозии, симптом Никольского резкоположительный. Поражаются слизистые оболочки полости рта, носа, глотки, желудочно-кишечного тракта, конъюнктивы, температура тела повышается до 38-40*С, выражен болевой синдром. В крови – лимфоцитопения, тромбоцитопения, нарастание СОЭ, гипопротейнемия.
- фаза кризиса: ухудшение состояния больных, летальный исход.
- фаза выздоровления: постепенная эпителизация пораженных участков кожи и слизистых оболочек, нормализация функции пораженных органов и тканей.

В) Лечение токсикодермии:

- гипоаллергенная диета
- гипосенсибилизирующие препараты (препараты кальция, тиосульфата натрия)
- антигистаминные препараты
- мочегонные средства
- гемодез
- энтеросорбенты
- очистительная клизма
- в тяжелых случаях глюкокортикоиды
- наружно: на эрозии примочки, анилиновые красители; мази и кремы с глюкокортикоидами, при импетигнизации – антибактериальные мази

Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Трехступенчатого интервью»

Выбор темы: Диагноз: «Атопический дерматит. Лихеноидная форма»

Объяснение задачи участникам. Проводится в виде консультации «врач-больной-эксперт». Студенты делятся на три группы, по 3 человека, распределяются роли: «врач», «больной», «эксперт». Больным анонимно сообщается диагноз. Каждая группа проводит консультацию в течении 10-15 минут. Эксперт оценивает и записывает действия врача в 3 раздела:

Что сделано правильно?

Что сделано неправильно?

Как надо было бы сделать?

Каждая группа демонстрирует консультацию с комментариями эксперта, которые оцениваются всеми участниками. Врач должен правильно провести опрос больного (жалобы, анамнез), объективное обследование и выставить правильный диагноз.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- Жалобы: На появление высыпаний в области шеи, груди, живота, спины, сгибательной поверхности локтевого и коленного суставов, зуд, нарушение сна, беспокойство.
- Анамнез заболевания: больному 14 лет, заболеванием страдает 10 лет. Заболевание протекает по хронически-рецидивирующему типу, обострения отмечаются чаще в осенне-зимний период; последнее обострение 1 месяц назад, после нарушения диеты.
- Объективно: Кожно-патологический процесс носит островоспалительный, распространенный, симметричный характер. Основными элементами сыпи являются: эритемы, узелки, чешуйки, экскориации, лихенификации, геморрагические корки. Наблюдаются симптомы: «грязной шеи», «инфраорбитальные складки Денни-Моргана», потемнение орбит, бледность лица. Дермографизм – белый, стойкий. Субъективно – сильный зуд.

Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Тур по галерее»

1. Выбор темы: Клиника детской чесотки. Дифференциальная диагностика.
2. Малым группам по 2-3 человека предлагается одна проблема на всех.
3. Каждая группа в течение 10 минут записывает свое суждение и обменивается листами ответов с другой группой.
4. Следующая группа должна оценить ответ предыдущей, и если ответ не полный предложить свой вариант.
5. По окончании работы задание обсуждают все участники и выбирают наиболее правильные ответы, которые заслуживают высшего балла.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

Детская чесотка – строфулюс, возникает у детей от 1 года до 4 лет. Заболевание проявляется волдырями элементами на туловище, ягодицах, разгибательной поверхностях конечностей. Наиболее характерны узелки, на верхушке которых имеются мелкие пузырьки (серопапулы) или мелкие пузыри наполненные серозной жидкостью. Из-за сильного зуда на поверхности серопапул образуются экскориации и эрозии, покрытые геморрагическими корками. Субъективно – сильный зуд. Дермографизм – белый, стойкий.

Дифференциальный диагноз проводится с чесоткой (наблюдаются парные папуловезикулы и обнаруживается чесоточный клещ в клещевых ходах) и лекарственной токсикодермией (имеется связь с приемом лекарств, полиморфизм высыпаний).

Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Аквариум»

1. Выбор темы: А) Какие стадии имеются в течении псориаза? Б) Какие симптомы включает «псориатическая триада»? В) Назовите соответствие симптомов «псориатической триады» гистологическим изменениям кожи? Г) В какой стадии псориаза отмечается «положительный» симптом «псевдоатрофического ободка Воронова»?
2. Из группы выбираются 3 студента, которые занимают место в середине аудитории.
3. Малой группе дается задание, которое обсуждается 10-15 минут.
4. Окружающие наблюдатели записывают правильные и неправильные ответы.
5. Представители малой группы дают свои версии, студент давший неверный ответ заменяется студентом, из аудитории, давшим наиболее правильную версию.

Игра проводится аналогично игре «Что? Где? Когда?»

Предполагаемые ответы на поставленные вопросы:

- А) прогрессирующая, стационарная, регрессирующая;
 Б) симптомы «стеаринового пятна», «терминальной пленки», «кровавой росы»;
 В) «стеариновое пятно» - гиперкератоз, «терминальная пленка» - акантоз, «кровавая роса» - папилломатоз;
 Г) в регрессирующей.

В) Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Тур по галерее»

1. Выбор темы: Клиника красного плоского лишая. Атипичные формы.
2. Малым группам по 2-3 человека предлагается одна проблема на всех.
3. Каждая группа в течение 10 минут записывает свое суждение и обменивается листами ответов с другой группой.

4. Следующая группа должна оценить ответ предыдущей группы, и если ответ не полный предложить свой вариант.
5. По окончании работы задание обсуждают все участники и выбирают наиболее правильные ответы, которые заслуживают высшего балла.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

Заболевание протекает в трех стадиях: прогрессирующей, стационарной и регрессирующей. Прогрессирующая стадия красного плоского лишая характеризуется появлением мономорфных папулезных высыпаний в области кожи туловища, сгибательных поверхностях конечностей, на слизистых оболочках полости рта и половых органов. Папулы – полигональные, блестящие, красного цвета, с центральным западением в центре. При смазывании поверхности папул растительным маслом (метод просветления) на дне пупковидного вдавления отмечаются точки и полоски в виде сети – симптом «сетки Уикхема». Гистологически у больных наблюдается неравномерное утолщение зернистого слоя эпидермиса – гипергранулез.

К атипичным формам заболевания относятся: гипертрофическая, атрофическая, монилиформная, аннулярная, буллезная, зостериформная формы.

6. Тесты.

1. Различают формы атопического дерматита все, кроме :

- А. узловатая
- Б. лихеноидная
- В. экссудативная
- С. эритематозно-сквамозная
- Д. эритематозно-сквамозная с лихенизацией

2. Генетически детерминированное аллергическое заболевание кожи, мультфакториальной природы:

- А. атопический дерматит
- В. Крапивница
- С. Дерматит Дюринга
- Д. артифициальный дерматит
- Е. почесуха Гебры

3. Длительное применение наружной гормональной монотерапии может привести ко всему перечисленному, кроме:

- А. Повышения антимикробной резистентности кожи
- В. Атрофии кожи
- С. Гипертрихозу
- Д. Инфицирования очага поражения
- Е. Гиперпигментация

4. Хроническое кожное заболевание, характеризующееся тремя основными признаками: эритемой, гиперкератозом, атрофией.

- А. рубцующийся эритематоз
- В. экзема
- С. дерматомиозит
- Д. склеродермия
- Е. туберкулез кожи

5. Для снижения или стабилизации рубцовой атрофии при лечении красной волчанки какой препарат используется:
- А. антималярийные препараты
 - В. антибиотики
 - С. витамины
 - Д. стероидные гормоны
 - Е. фунгицидные средства
6. Локализация кожно-патологического процесса на коже носа и щек в виде “бабочки” характерна для:
- А. рубцующегося эритематоза
 - В. себорейной пузырьчатки
 - С. себорейной экземы
 - Д. склеродермии
 - Е. розовых угрей
7. При каком заболевании положительный симптом Бенъе-Мещерского:
- А. красная волчанка
 - В. розовые угри
 - С. псориаз
 - Д. красный плоский лишай
 - Е. туберкулез кожи
8. При каком заболевании наблюдается подкожное отложение кальция и отек:
- А. Склеродермия
 - В. Рожистое воспаление кожи
 - С. Дерматомиозит
 - Д. Красная волчанка
 - Е. Лепра
9. Какие высыпания наблюдаются при герпетиформном дерматите Дюринга:
- А. Полиморфные высыпания (на фоне эритемы папуло-везикулезные элементы)
 - В. Мономорфные высыпания
 - С. Везикулезные элементы
 - Д. Папулезные элементы
 - Е. Все ответы правильные
10. Для какого заболевания характерен положительный симптом Никольского:
- А. Вульгарная пузырьчатка
 - В. Атопический дерматит
 - С. Себорейный дерматит
 - Д. Буллезная стрептодермия
 - Е. Неакантолитическая пузырьчатка

7. Ситуационные задачи.

Б) Ситуационная задача №1

По поводу воспаления легких ребенку были назначены инъекции пенициллина. К вечеру на коже туловища появилась обильная эритематозная сыпь, сопровождающаяся чувством жжения. Высыпания постепенно прогрессировали и распространялись. Дермографизм – красный, стойкий. Субъективно сильный зуд.

1. Поставьте клинический диагноз.

1. Ваша лечебная тактика.

Эталон ответа:

1. Аллергический дерматит. Токсидермия.
2. Постельный режим. Отменить инъекции пенициллина и заменить антибиотиками другой группы. Антигистаминная, десенсибилизирующая терапия (супрастин, тавегил, кальция глюконат). Назначение гемодеза, мочегонных препаратов (лазикс). При необходимости гормональная терапия. Наружно – гормональные мази (Лоринден С, флуцинар, целестодерм В).

Ситуационная задача №2

На прием обратилась мать с новорожденным, у которого в области ягодиц, пахово-бедренных складок имеется резко выраженная гиперемия кожи с четкими границами и умеренная в глубине складок.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Возможная причина заболевания.
3. Лечебная тактика.

Эталон ответа:

1. Аллергический контактный дерматит («пеленочный дерматит»).
2. Повышенная сенсibilизация к пеленкам, подгузникам.
3. Антигистаминные и десенсибилизирующие препараты. Наружное лечение гормональными мазями.

Ситуационная задача №3

На прием к врачу обратилась женщина 36 лет, с жалобами на появление высыпаний по всему телу, нарастающую отечность в области лица, шеи, рук, затрудненное дыхание. Высыпания появились 2 часа назад, сразу после укуса шмеля. Клинически по всему телу наблюдаются волдырные элементы сыпи, дермографизм – уртикарный, субъективно – сильный зуд.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика оказания первой помощи?
3. Последующая терапия.

Эталон ответа:

1. Острая крапивница. Отек Квинке.
2. Преднизолон 30 мг, в/м; димедрол 1% - 2,0 в/м, кальция хлорид 10% - 10,0 в/в; фуросемид – 2,0 в/м; обкалывание места укуса 0,5% раствором новокаина.
3. Антигистаминная, десенсибилизирующая терапия (супрастин, тавегил, кальция глюконат). Назначение гемодеза.

Ситуационная задача №4

На прием к врачу обратилась девочка 10 лет с жалобами на высыпания, зуд, нарушение сна. Со слов матери заболевание началось в годовалом возрасте, протекало по типу хронически-рецидивирующего, с преимущественными обострениями в осенне-зимний период. Объективно: на коже лица, шеи, груди, живота, спины, сгибательной поверхности локтевых и коленных суставов отмечаются узелки, чешуйки, эксфолиации, лихенификации. Дермографизм – белый, стойкий. Отмечается бледность лица, потемнение орбит, инфраорбитальные складки, сухость кожи, неспецифический дерматит кистей.

1. Выставьте полный клинический диагноз с указанием формы, стадии заболевания.
2. Назначьте терапию.

Эталон ответа:

1. Атопический дерматит. Лихеноидная форма. Детская стадия.
2. Диета. Супрастин 2% - 1,0 в/м х 2р/день, гемодез – 200,0 в/в капельно №2, тиосульфат натрия 30% - 6,0 в/в х 1р/день, активированный уголь 0,25 по 1 таб. х 3 р/день, настойка пустырника – по ½ чайной ложки х 3 р/день. Наружно: ксероформная 3% мазь + целестодерм V х 2 р/день.

Ситуационная задача №5

На разгибательной поверхности конечностей у больного рассеяны папулезные элементы ярко-красного цвета, не превышающие размер 1х1 см, поверхность их покрыта серебристыми чешуйками, захватывающими лишь центральную часть папул. Субъективно - значительный зуд. При поскобливании - гладкая, блестящая поверхность, затем точечное кровотечение. Впервые заболел зимой, болен 3 месяца.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Обоснуйте свой диагноз.

Эталон ответа:

1. Псориаз, прогрессирующая стадия.
2. У больного отмечается мономорфная папулезная сыпь. Поверхность папул покрыта серебристо-белыми чешуйками. Отмечается положительный феномен «псориатической триады».

Ситуационная задача №6

Больной 27 лет. Обратилась с жалобами на высыпания в области кожи сгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей. При осмотре высыпаний отмечаются мономорфные узелковые элементы, плоские, полигональные с блестящей поверхностью. На слизистой оболочке полости рта по линии смыкания зубов располагаются едва возвышающиеся над уровнем кожи белесоватого цвета сыпь, формирующая дуги, небольшие кольца и полосы. Субъективно: небольшое жжение. При осмотре подобные же высыпания отмечены на внутренней поверхности больших половых губ.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Лечебная тактика.

Эталон ответа:

1. Красный плоский лишай, прогрессирующая стадия.
2. В общем лечении применяют антигистаминные, гипосенсибилизирующие препараты, антибиотики, витаминотерапию, рассасывающая терапия. Местно рекомендуются глюкокортикоидные мази в сочетании с антибактериальными мазями.

Ситуационная задача №7

На прием к врачу обратилась больная Ю., 44 лет, работник агропромышленного комплекса, с жалобами на чувства жжения и покалывания в очагах поражения. Высыпания на коже лица в виде "крыльев бабочки".

АНАМНЕЗ. Заболевание связывает с периодическим охлаждением и длительным пребыванием на солнце. По поводу хронической ангины неоднократно принимала сульфаниламидные препараты. Высыпания появились три месяца назад на коже лица, процесс медленно прогрессирует. Лечилась различными противовоспалительными мазями. Больная не обследована.

ОБЪЕКТИВНО. Очаги поражения локализуются на коже переносицы и щек в виде "крыльев бабочки", а также на губах и подбородке, они резко очерчены представлены растущими по периферии и сливающимися друг с другом розовато-красного цвета, инфильтрированными бляшками, покрытыми роговыми, плотно сидящими чешуйками, связанными с устьями волосянных фолликулов (фолликулярный гиперкератоз). По периферии очагов телеангиэктазии, в центре атрофия кожи.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?

Эталон ответа:

1. Красная волчанка, дискоидная форма.

2. Необходимо провести исследование крови на ЛЕ-клетки.

9. Критерии оценки занятия (Аллергодерматозы, аутоиммунные заболевание кожи)

Отлично 86-100 балл	Заключение и выводы. Правильное клиническое мышление. Самостоятельное мышление. Практические навыки. Правильное мышление и объяснение материала.	Полные сведения об этиологии, патогенезе, классификации, клинике, диагностике, дифференциальной диагностике и лечении атопического дерматита и детской чесухи, красной волчанки, склеродермии, пузырчатки и дерматита Дюренга. Владеет практическими навыками по данному занятию хорошо знает основные принципы лечения. Знает соответствующие практические навыки. На основании теоретических знаний может сделать заключение и имеет свои научные взгляды.
Хорошо 71-85 балл	Правильное клиническое мышление. Практические навыки. Правильное мышление и объяснение материала.	Имеет общие сведения об этиологии, патогенезе, классификации, клинике, диагностике, дифференциальной диагностике и лечении вышеуказанных дерматозов. Имеет представление об общих принципах лечения и профилактике данных дерматозов.
Удовлетворительно 55-70 балл	Правильное мышление и объяснение материала.	Может рассказать об этиологии, патогенезе, классификации, клинике, диагностике, дифференциальной диагностике и лечении атопического дерматита, детской чесухи, красной волчанки, склеродермии, пузырчатки и дерматита Дюренга. Имеет смутное представление о практических навыках по данному занятию.
Неудовлет 55 баллов и менее	Отсутствие знаний и мышления.	У студента имеется смутное и запутанное представление по данной теме.

Задания для самостоятельной работы и УИРС

- составить алгоритм диагностики

Темы УИРС:

- Клиника и течение атопического дерматита
- Синдром Лайелла
- Псориазная эритродермия
- Себорейная пузырчатка.

10. Контрольные вопросы:

1. Дифференциальная диагностика крапивницы и чесотки.
2. Дифференциальная диагностика чесотки и атопического дерматита.
3. Принципы лечения больных с нейроаллергодерматозами
4. Профилактика аллергических дерматозов.
5. Клинические формы истинной пузырчатки и герпетиформного дерматита Дюринга;
6. Диагностические критерии красной волчанки и склеродермии.
7. Клинические проявления, характер начала заболевания, характеристика кожно-патологического процесса, характерные симптомы, формы, осложнения;
8. Дифференциальная диагностика истинной пузырчатки и герпетиформного дерматита Дюринга;
9. Принципы лечения больных истинной пузырчаткой.
10. Принципы лечения больных герпетиформным дерматитом Дюринга;

Оснащение практического занятия:

- Тематические больные
- Таблицы «Дерматиты и аллергодерматозы», «Экзема», «Атопический дерматит и чесотка», «Крапивница», «Псориаз», «Красный плоский лишай», «Пузырные дерматозы».
- Слайды по аллергическим заболеваниям кожи
- Сценарий методов работы в малых группах
- Ситуационные задачи

Занятие №4

1. **Тема:** Сифилис. Общее течение, серодиагностика. Врожденный сифилис. Диагностические критерии. Лечение и профилактика сифилиса.
2. **Цель:** Обучить студента диагностике сифилитической инфекции с использованием анамнеза и клинико-лабораторного исследования, определить эффективную лечебную тактику и профилактические мероприятия.
Обучить студента диагностике раннего и позднего врожденного сифилиса с использованием анамнеза и клинико-лабораторного исследования, определить эффективную лечебную тактику и профилактические мероприятия.
3. **Задачи занятия:** Обучить студента:
 - Постановке клинического диагноза сифилиса, раннего и позднего врожденного сифилиса.

- Терапевтической тактике при приобретенном и врожденном сифилисе
- Профилактике приобретенного и рождение детей сифилисом.

В результате проведения занятия студент должен уметь:

- Собрать жалобы больного, анамнез заболевания;
- Клинически обследовать больного и описать основное заболевание;
- Провести дифференциальную диагностику;
- Выделить опорные симптомы анамнеза и клиники для формирования предварительного диагноза;
- Составить план лабораторного обследования больного и их родителей (РВ, РИФ, РИБТ, ПЦР);
- Интерпретировать результаты лабораторного исследования;
- Определить терапевтическую тактику;
- Профилактику приобретенного и врожденного сифилиса.

В результате проведенного занятия студент должен овладеть следующими практическими навыками:

- Осмотр больного с подозрением на приобретенный и врожденный сифилис.
- Проведение бактериоскопического диагностического метода (см. методич. рекомендации «Методы диагностики применяемые в дерматологии»);

Перечень рассматриваемых вопросов:

- Причины возникновения приобретенного и врожденного сифилиса ;
- Классификация приобретенного и врожденного сифилиса. Нозологические формы первичного, вторичного и третичного, раннего и позднего врожденного сифилиса;
- Клинические проявления, характер начала заболевания, характеристика кожно-патологического процесса, характерные симптомы, формы, осложнения;
- Патоморфологические изменения кожи при первичного, вторичного и третичного, врожденном сифилисе;
- Значение и состояние серологических реакции при различных клинических формах первичного, вторичного и третичного, врожденного сифилиса;
- Дифференциальная диагностика первичного, вторичного и третичного, врожденного сифилиса;
- Принципы лечения больных с первичного, вторичного и третичного, врожденным сифилисом;
- Профилактика первичного, вторичного и третичного, врожденного сифилиса.

План занятия:

VI. Проверка теоретических знаний студентов путем устного опроса.

VII. Разбор больных и их историй болезни.

VIII. Проверка и анализ оценочных листов клинического мышления студента, решение ситуационных задач, ролевые игры.

IX. Работа с раздаточным материалом и проверка окончательного уровня знаний студентов.

X. Изложение нового материала. Подведение итогов занятия. Домашнее задание на следующее занятие.

4. Теоретическая часть:

Общее течение и диагностика сифилиса.

Характеристика	Хроническое инфекционное заболевание возникающее при заражении бледной трепонемой.
Факторы	Половой или тесный бытавой контакт с больным. Переливание

приводящие к развитию заболевания	зараженной крови. От больной матери плоду через плаценту.
Жалобы	В зависимости от стадии заболевания на различные кожные высыпания: эрозии, язвы, пятна, узелки, пустулы, бугорки, узлы и тд. А в более поздние сроки на поражения внутренних органов, вплоть до парезов и параличей.
Этапность и клинические формы заболевания	Инкубационный период, длится 3-4 недели. Первичный серонегативный сифилис, длится 2-4 недели. Эрозивный или язвенный твердый шанкр, РВ-отриц. Первичный серопозитивный сифилис, длится 2-4 недели. Твердый шанкр, лимфнгит, лимфаденит. РВ-положит. Первичный скрытый. Бессимптомно. Вторичный свежий сифилис, длится 1,5-2 месяца. Розеола, папулы. Вторичный рецидивный сифилис, длится до 4-5 лет. Розеола, папулы, пустулы, алопеция, лейкодерма. Вторичный скрытый сифилис. Бессимптомно. Третичный активный сифилис. Возникает не ранее, чем 3-5 лет после заражения. Бугорки, гуммы. Третичный скрытый сифилис. Скрытый сифилис (ранний, поздний, неуточненный). Бессимптомно до 2 лет ранний, после 2 лет поздний. Сифилис плода. Мацерация и старческий вид кожи. Ранний врожденный сифилис активный и скрытый. До 2 летнего возраста. Пузыри, розеола, папулы, пустулы. Поздний врожденный сифилис активный и скрытый. У детей старше 2 лет. Характерные достоверные и вероятные признаки. Висцеральный сифилис. Сифилис нервной системы. Спинальная сухотка. Прогрессивный паралич.
Методы исследования	Бактериоскопическое исследование содержимого эрозий, язв, пузырьков в темном поле зрения. Исследование крови на КСР, РИБТ, РИФ, ПЦР.
Лечение	Согласно инструкции МИНЗДРАВ РУз. 1996г..
Сроки лечения	Согласно инструкции в зависимости от стадии заболевания МИНЗДРАВ РУз. 1996г.

Первичный период сифилиса

Диагностика	Первичный период сифилиса проявляется через 3-4 недели от момента заражения. Длится 6-8 недель и состоит из двух приблизительно равных стадий: 2-4 недели-первичный серонегативный и 2-4 недели первичный серопозитивный. Продолжаясь от момента появления твердого шанкра до возникновения высыпаний вторичного периода.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Половой или тесный бытовой контакт с больным манифестным сифилисом.

Жалобы	Появление безболезненных язв или эрозий чаще в аногенитальной области.
Клиническое проявление	<p><u>Первичный серонегативный сифилис</u></p> <p>Твердый шанкр – появляется на месте первичного внедрения бледных трепонем. Имеет вид округлой или овальной эрозии или поверхностной язвы с четкими и ровными краями, блюдцеобразной формы с гладким, блестящим, мясо – красным дном. При пальпации шанкра ее основание плотно – эластической, хрящевидной консистенции. Субъективные ощущения отсутствуют.</p> <p>Регионарный лимфаденит – увеличение близлежащих к шанкру лимфатических узлов до размеров горошины, сливы, грецкого ореха и более, оставаясь безболезненными. При пальпации имеют плотноэластическую консистенцию, не спаяны между собой и окружающими тканями, подвижны, кожа над ними не изменена.</p> <p>Специфический лимфангит – воспаление лимфатического сосуда на протяжении от твердого шанкра до регионарных лимфоузлов.</p> <p>Осложнения твердого шанкра – баланит, баланопостит, фимоз, паофимоз, гангренизация и фагаденизм.</p> <p>Атипичные формы шанкра – шанкр – амигдалит, шанкр – панариций, индуративный отек.</p> <p><u>Первичный серопозитивный сифилис</u></p> <p>Наличие первичной сифиломы (эрозивного или язвенного шанкра). Твердый шанкр локализуется на месте внедрения трепонем. Обычно первичная сифилома единичная, круглая, овальная или в виде трещины, с ровными краями, гладкой, плоской, блюдцевидной поверхностью (диаметр 0,5-1см). в основании сифиломы образуется плотно-эластичный пластинчатый инфильтрат. Из атипичных сифилом чаще встречается индуративный отек, который может сочетаться с типичной первичной сифиломой. Шанкр-амигдалит образуется при орогенитальном контакте и напоминает обычную ангину, только одностороннюю но болезненность отсутствует. Шанкр-панариций встречается очень редко, в основном у врачей из-за профессионального инфицирования. Эта первичная сифилома симулирует обычный панариций.</p> <p>Регионарный лимфаденит развивается в течение первых недель после первичной сифиломы. Лимфоузлы плотно-эластичные, не сливающиеся, кожа над ними не изменена. В дальнейшем наблюдается увеличение практически всех лимфоузлов – полиаденит.</p> <p>К концу этого периода, перед высыпаниями вторичного свежего сифилиса, у больных нередко наблюдается недомогание, бессонница, головные боли, потеря аппетита, боли в костях (особенно ночью), иногда повышение температуры тела до 38 – 39 С.</p>
Методы исследования	<p>Бактериоскопическое исследование в нативном мазке: содержимого твердого шанкра, пораженных лимфатических узлов, эрозивных папул, широких кондилом, пустул в затемненном поле зрения.</p> <p>Исследование крови на КСР (Реакция Вассермана, Канна, микрореакция), РИБТ и РИФ.</p>
Лечение	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пенициллин: по инструкции через каждые 3 часа по 400000 ЕД. Курсовая доза 44800000 ЕД. 2. Экстенциллин или ретарпен. 3. Бициллины 1, 3, 5 по схеме.
Сроки лечения	В зависимости от периода заболевания.

Вторичный сифилис

Диагностика	Вторичный сифилис. Классификация: свежий, скрытый и рецидивный сифилис. Клинические формы свежего, скрытого и рецидивного сифилиса.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Половой, бытовой и гемотрансфузионный пути.
Жалобы	На возникновение сыпи и пятен, слабость, болезненность в области суставов, выпадение волос на голове и ресниц.
Клинические проявления	<p>При свежем сифилисе – обильная розеолезная и папулезная сыпь, в редких случаях – пустулы, продромальные явления. Высыпания имеют округлые очертания, резкие границы, не имеют тенденции к периферическому росту. Отмечается полиаденит. После начала пенициллинотерапии возникает реакция обострения (Лукашевича-Яриша-Герксгеймера) – выражается в повышении температуры и обострением высыпаний. Розеола становятся более яркими и появляются на тех местах, где ранее не имелись.</p> <p>При скрытом сифилисе – клинические проявления практически отсутствуют, в большей степени продромальные явления.</p> <p>При рецидивном сифилисе – сифилитическая эктима и рупия. Розеолезная и папулезная сыпь бледно-розового цвета в виде слившихся очагов. Алопеция (мелкоочаговая, диффузная или смешанная) и неравномерное выпадение ресниц и бровей – симптом Пинкуса. Нарастание патологических изменений со стороны внутренних органов – боли в области крупных суставов, гепатит, нефрит, миокардит и менингит. Сифилитическая лейкодерма (пигментный сифилид) – беловатые пятна, окруженные гиперпигментированной кожей. Пятна округлой формы (мелко- и крупнопятнистые), в основном локализуясь на шее, груди и спине. Папулезная ангина и афтозные язвочки.</p>
Методы исследования	Исследования общих анализов. В крови – все серологические реакции положительные.
Лечение	<p>Антибиотики пенициллинового ряда</p> <p>Витамины</p> <p>Иммуномодуляторы</p> <p>Препараты тяжелых металлов</p> <p>Гепатопротекторы</p> <p>0,25г.-2 раза - 5-10 дней с 3-5дневным промежутком.</p>
Сроки лечения	В условиях стационара 14-28 дней. В условиях амбулатории под наблюдением местного дерматолога, кардиолога. Каждые 6 месяцев проводить профилактическое лечение. Рекомендовано санаторно-курортное лечение.

ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА

Диагностика	Классификация: активный, скрытый третичный сифилис.
Факторы приводящие к развитию	Половой, бытовой и гемотрансфузионный пути.

заболевания	
Жалобы	Высыпания и уплотнения кожи, узлы, изъязвления.
Клинические проявления	<p>Бугорковый сифилид – бугорки равномерной величины – от конопляного зерна до вишневой косточки, полушаровидной формы, правильных очертаний с резкими границами, коричневатого-красного цвета. Поверхность в начале гладкая, затем покрывается корочкой или чешуйкой. При пальпации безболезненны, на ощупь плотные, периферическим ростом не обладают. При разрешении оставляют легкую атрофию или изъязвляются. На дне язвы виден некротический налет, края её плотные, отвесные; язва покрыта коркой, по отпадении которой остается пигментированный рубец (в последствии он обесцвечивается).</p> <p>Гуммозный сифилид – в подкожной клетчатке возникают единичные узлы (гуммы). Величина гуммы от лесного ореха до куриного яйца. По мере роста гумма теряет подвижность, спаивается с тканями и размягчается в центре. Кожа над гуммой синюшно-красная, болезненная, в последствии она прорывается и из отверстия вытекает клейкое содержимое. На месте эпителизации остается втянутый рубец. Гуммы чаще развиваются на нижних конечностях.</p>
Методы исследования	Биопсия кожи, серологические реакции.
Лечение	Антибиотикотерапия: пенициллин, препараты тяжелых металлов, витаминотерапия (витамины группы В, Е, А, С). Местно: мази с содержанием антибиотиков.
Сроки лечения	В стационаре – 2-3 мес.

СКРЫТЫЙ СИФИЛИС

Диагностика	Классификация: ранний, поздний и неустановленный
Факторы приводящие к развитию заболевания	Инфекция. Половой, бытовой и гемотрансфузионный пути.
Жалобы	Продромальные симптомы (болезненность рук и ног, слабость, головокружение, тахикардия, повышение температуры, потливость, тошнота. рвота), боли в области суставов.
Клинические проявления	Практически отсутствуют.
Методы исследования	Серологические реакции (RW, РИТ, РИФ), ПЦР, ликвородиагностика. Общий анализ крови (анемия, лимфоцитоз). Электромиография, ЭКГ. Рентгенография грудной клетки, крупных суставов. Биохимический анализ крови (повышение активности фруктозодифосфат альдозы, повышение АсАТ, ЛДГ). В анализе мочи (повышение экскреции креатина). Биопсия.
Лечение	Антибиотики: пенициллин и его аналоги, соли тяжелых металлов, витамины, иммуномодуляторы.
Сроки лечения	В стационарных условиях 28-48 дней, в амбулаторных условиях под наблюдением местного дерматолога, терапевта, кардиолога после завершения основного курса стационарного лечения. Профилактическое лечение каждые 6 месяцев. Санаторно-курортное

лечение.

Ранний врожденный сифилис

Диагностика	Ранний врожденный сифилис (проявление до 2-х лет): проявление основных признаков отмечается на первых 2-х месяцев жизни ребенка. Такие признаки как сифилитическая пузырчатка, сифилитический ринит, диффузная папулезная инфильтрация Гохзенгера, сифилитические папулы, сифилитические остеохондриты.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Беременная женщина больная сифилисом
Жалобы	На гладкой коже, на ладонях и подошвах наличие пузырей серрозными-гнойными содержимыми, серозное, серрозно-гнойное и геммарагическое отделяемое из носа появление папулезной инфильтрации на лице, вокруг рта, на подбородке, на ладонях и подошвах.
Клинические проявления	<p>Сифилитическая пузырчатка. Образуется пузыри серозно-гнойным содержимым. размер горошину или чечевицу, окруженный ободком инфильтрата. Пузыри напряженные, возникают на инфильтрированном основании, симметрично расположены особенно на ладонях и подошвах. Несколько реже пузыри локализуется на на сгибающей поверхности верхних и нижних конечностях, еще реже на лице и на коже туловища. Они не имеют склонность к слиянию и субъективными расстройствами не сопровождаются. В содержимом пузыря обнаруживается большое количество бледных трепонем.</p> <p>Сифилитический ринит. Это поражение нередко возникает еще во внутриутробной жизни, потому часто наблюдается уже при рождении ребенка или реже возникает в течение первого месяца жизни. Различает 3 стадии сифилитического ринита: эритематозная (катаральная) стадия имеются незначительный отек и уплотнение слизистой оболочки, что существенно не отражается на состоянии ребенка.</p> <p>Диффузная папулезная инфильтрация Гохзингера. На коже лица, подошвах и ладонях, на ягодицах появляется эритема с последующим уплотнением, с последующем появляется темно-красный цвет. Постепенно пораженные участки покрываются пластинчатыми чешуйками. Нередко образуется сплошной инфильтрат, который вокруг рта в результате крика ребенка и сосание прерывается глубокими трещинами. На месте трещин на всю жизнь остаются радиарные рубцы (рубцы Робинсона_Фурнье).</p> <p>Сифилитические папулы. при врожденном сифилисе грудного возраста встречаются не редко и напоминает лентикулярные папулы вторичного периода приобретенного сифилиса, в отличие от последних они имеют склонность к слиянию.</p> <p>Сифилитические остеохондриты. Чаще поражаются длинные трубчатые кости конечностей. Остеохондриты 1 и 2 степени в</p>

	<p>метафизе на границе с хрящем отмечается неравномерное расширение зоны предварительного обезветвления (до 2-2,5 мм в норме до 0,5 мм)-остеохондрит 1 степени. При остеохондрите 2 степени зона предварительного обезветвления расширяется до 2-4 мм и на стороне обращенной к эпифизу появляются шиповидные выросты зазубрины. При остеохондрите 3 степени зона предварительного обезветвления исчезает, как бы размывается. В метафизе расположена темная полоса деструкции шириной 2-5 мм. Кости грануляционной тканью может приводить к внутриметафизарным переломам-развивается картина псевдопаралича Паро:ребенок прижимает больную руку к туловищу, а больную ногу сгибает в коленном и тазобедренном суставах, избегает активных движений и плачет при пассивных движениях.</p> <p>Сифилитические периоститы и остеопериоститы. Располагается преимущественно в области длинных трубчатых костей конечностей и реже в области плоских костей черепа. Периоститы и остеопериоститы чаще бывают диффузного характера, но могут быть и гуммоэным. Диффузный или гуммоэный воспалительный процесс приводит к цилиндрическому или веретинообразному утолщению костей.</p>
Методы исследования	Бактериологическое исследование с содержимого пузыря, с поверхности эрозии, серологические реакции, РВ, РИФ, РИБТ, ПЦР.
Лечение	Антибиотикотерапия, лечение согласно по инструкции утвержденным МИНЗДРАВ РУз. 1996г.
Сроки лечения	Согласно по инструкции утвержденным МИНЗДРАВ РУз. 1996 г

Поздний врожденный сифилис

Диагностика	Клинические проявления чаще возникает после 2-х лет, реже у взрослых в возрасте 20-30 лет.
Факторы приводящие к развитию заболевания	Беременная женщина больная сифилисом.
Жалобы	На появление на кожи и слизистых бугорковых и гуммоэных элементов, болезненность в области суставов и костей, нарушение зрения и слуха, изменение состояние зубов и костей.
Клинические проявления	Достоверные признаки: Триада Гетчинсона, т. е, паренхиматозный кератит, зубы Гетчинсона, сифилитический лабиринтит. Паренхиматозный кератит характеризуется покраснением и помутнением роговой оболочки глаза, светобоязнь, слезотечением со стойким поражением остроты зрения. Сифилитический лабиринтит возникает внезапно на фоне общего видимого благополучия, характеризуется снижением слуха и появлением шума в ушах, процесс связан с инфильтративным выполнением лабиринта и дегенерацией слухового нерва. Зубы Гетченсона проявляются дистрофией двух верхних средних резцов, имеющих форму долота или отвертки и полулунную выемку по свободному краю, которая

	<p>занимает почти весь режущий край. Зубы Гетчинсона определяется при наличии у ребенка постоянных резцов или до прорезывания постоянных зубов обнаруживаются на рентгеновском снимке.</p> <p>Вероятные признакам относятся: саблевидные голени, сифилитический хореоретититы и гониты, одиарные рубцы Робинсона-Фурнье, ягодицеобразный череп, деформация носа (седловидный, лортевидный нос), некоторые дистрофии зубов(почкообразный или кесетообразный зуб)и некоторые формы нейросифилиса.</p> <p>Саблевидные голени характеризуется ночными болями и искривлением большеберцовой кости вперед вследствие перенесенного в грудном возрасте остеохондрита. Для хореоретинита характерно наличие на дне глаза мелких пигментированных участков в виде «соли и перца»</p> <p>Рубцы Робинсона- Фурнье располагается радиарно вокруг углов рта, на подбородке, вокруг губ и является результатом наличия диффузной папулезной инфильтрации Гохзенгера</p> <p>В результате перенесенного в раннем детстве сифилитического насморка может наблюдаться недоразвитии костной или хрящевой ткани носа, возникают весьма характерные для позднего врожденного сифилиса деформация носа.</p> <p>Стигм позднего врожденного сифилиса: Симптом Авситидийского - утолщение грудинного конца ключицы, развивающейся вследствие диффузного гиперостоза, Чаще поражается правая ключица.</p> <p>Высокое готическое твердое небо,</p> <p>Инфантильный мизинец(симптом Дюбуа-Гиссара</p> <p>Аксифоидиа –отсутствие мечевидного отростка грудины.</p> <p>Бугорок Карабелли - наличие пятого добавочного бугорка на жевательной поверхности первого моляра верхней челюсти.</p> <p>Диастем а Гаше- широко расставленные верхние резцы.</p> <p>Гипертрихоз у мальчиков и девочек..</p> <p>Дистрофии костей черепа</p>
Методы исследования	Кровь на РВ., РИФ положительные у 70-80-% больных. РИБТ и ПЦР положительный у 100% больных
Лечение	Антибиотикотерапия, лечение согласно по инструкции утвержденным МИНЗдрав РУз. 1996г
Сроки лечения	Согласно по инструкции утвержденным МИНЗдрав РУз. 1996 г .

5. Задания.

Задание №1

Основные этиологические факторы приводящие к развитию сифилиса

Вопрос	Ответ
1. Возбудитель сифилиса	Возбудителем сифилиса является бледная трепонема.
2. Какие факторы способствуют возникновению сифилиса?	Половой или тесный бытавой контакт с больным. Переливание зараженной крови. Транспланцтарно, от больной матери плоду через плаценту.

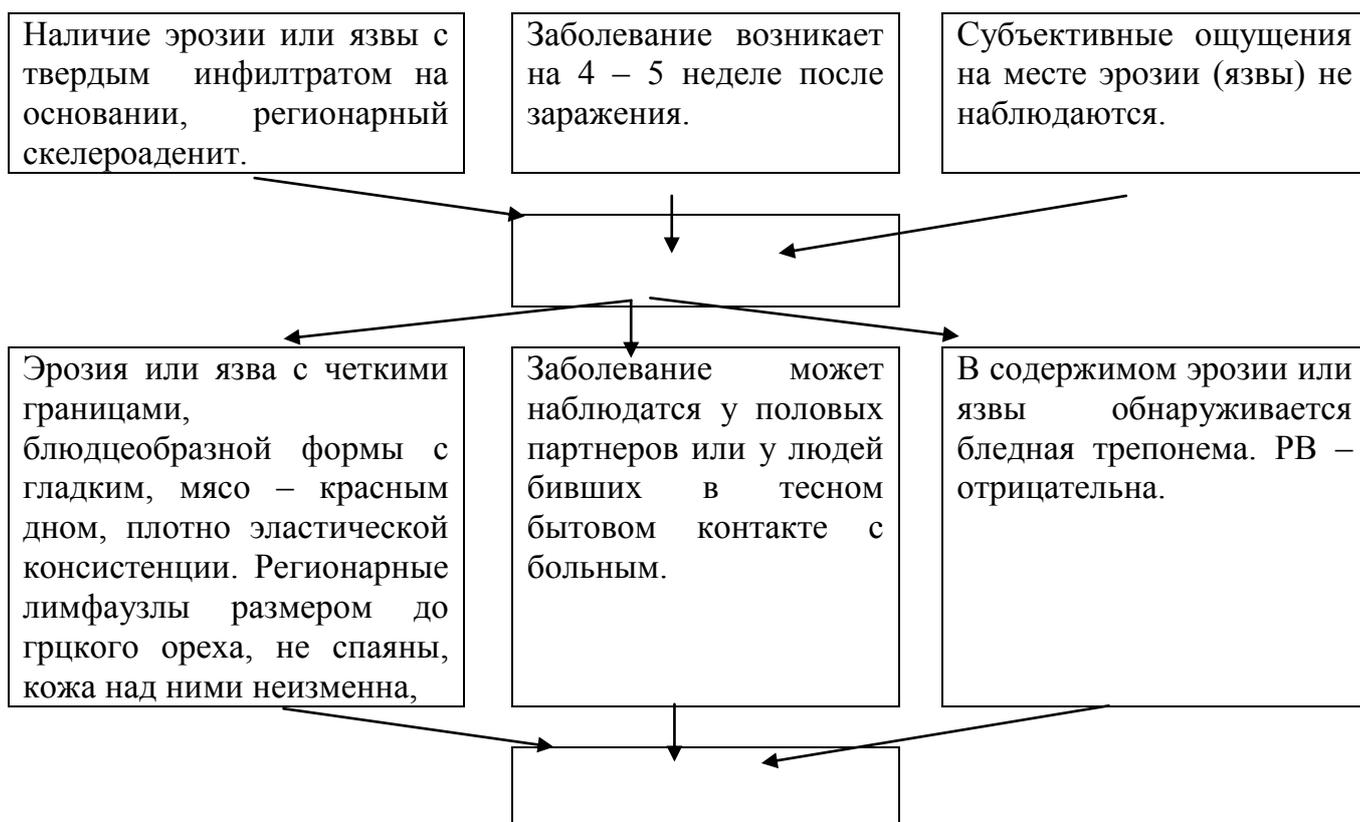
Задание №2

Классификация первичного периода сифилиса

Вопрос	Ответ
1. Как классифицируется первичный период сифилиса?	Первичный серонегативный сифилис. Первичный серопозитивный сифилис. Первичный скрытый.
2. Какие признаки характерны для первичного серонегативного сифилиса ?	Эрозивный или язвенный твердый шанкр, лимфаденит. Обнаружение бледных трепонем при бактериоскопическом исследовании содержимого твердого шанкра в затемненном поле зрения. РВ-отриц.
3. Какие признаки характерны для первичного серопозитивного сифилиса?	Эрозивный или язвенный твердый шанкр, лимфаденит, лимфангит, полиаденит. Обнаружение бледных трепонем при бактериоскопическом исследовании содержимого твердого шанкра в затемненном поле зрения. РВ- резко положительны. РИФ резко положительны.

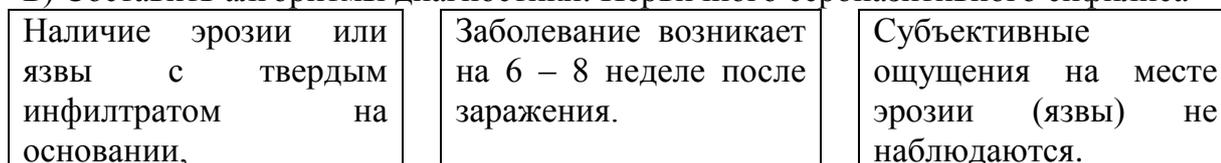
Задание №3

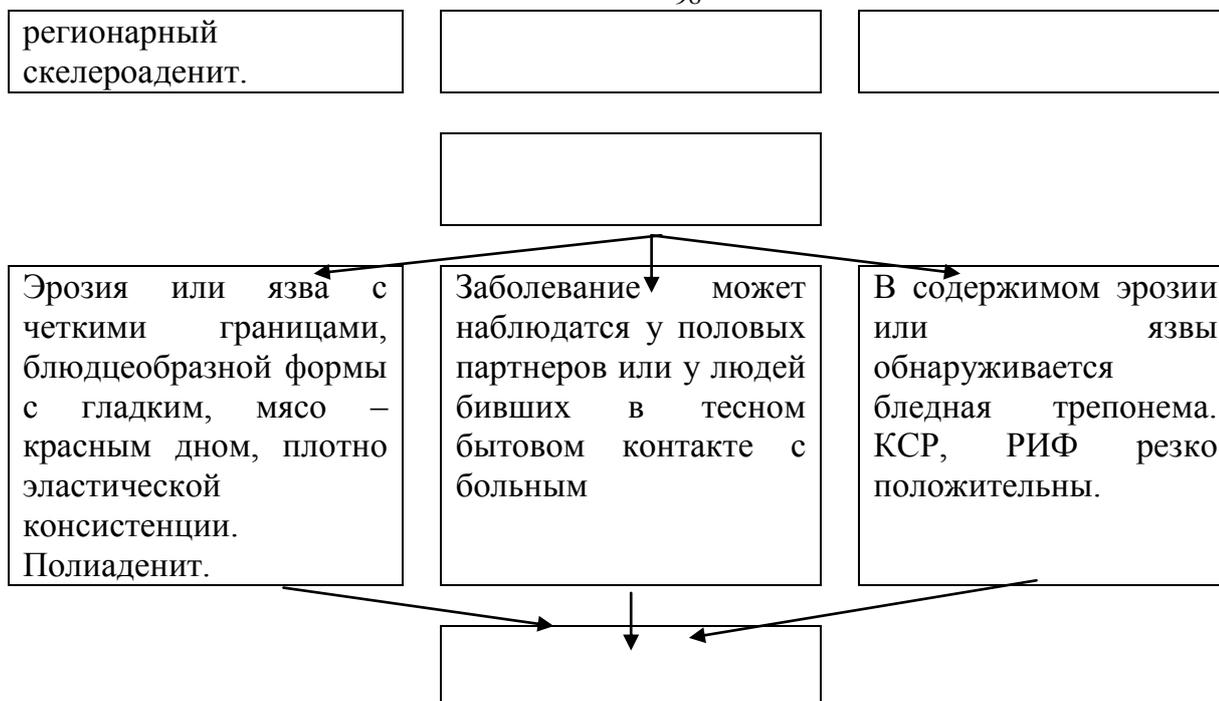
Составить алгоритмы диагностики: А) первичного серонегативного сифилиса



Ответ: Первичного серонегативного сифилиса.

Б) Составить алгоритмы диагностики: Первичного серопозитивного сифилиса





Ответ: Первичный серопозитивный сифилис.

Задание №1

Основные этиологические факторы, приводящие к развитию сифилиса.

Вопрос	Ответ
1. Какие факторы имеют важное значение в этиологии сифилиса?	В этиологии заболевания имеют значение половой, бытовой и гемотрансфузионный путь передачи инфекции.
2. Клинические проявления у больных вторичным свежим сифилисом?	В основном это розеолезная и папулезная сыпь, в редких случаях пустулы.
2. какие клинические проявления характерны для вторичного рецидивного сифилиса?	Розеолезная и папулезная сыпь бледно-розового цвета в виде слившихся очагов. Алопеция (мелкоочаговая, диффузная или смешанная) и неравномерное выпадение ресниц и бровей – симптом Пинкуса. Нарастание патологических изменений со стороны внутренних органов – боли в области крупных суставов, гепатит, нефрит, миокардит и менингит. Сифилитическая лейкодерма (пигментный сифилитид) – беловатые пятна, окруженные гиперпигментированной кожей. Пятна округлой формы (мелко- и крупнопятнистые), в основном локализуясь на шее, груди и спине. Папулезная ангина и афтозные язвочки..
3. на основании чего выставляется диагноз скрытый ранний сифилис	На основании анамнеза (половой, бытовой), лабораторных данных, при сроке заражения не более 2-х лет.

Задание №2

Классификация вторичного сифилиса

Вопрос	Ответ
1. Как по течению классифицируется вторичный сифилис?	4. свежий; 5. скрытый; 6. рецидивный.
2. Как классифицируется третичный сифилис?	Третичный сифилис классифицируется: 1. активный; 2. скрытый.

Задание №4

Диагностические симптомы наблюдаемые при вторичном и третичном сифилисе

Вопрос	Ответ
1. Какие характерные клинические проявления наблюдаются при вторичном свежем сифилисе?	обильная розеолезная и папулезная сыпь, в редких случаях – пустулы, продромальные явления. Высыпания имеют округлые очертания, резкие границы, не имеют тенденции к периферическому росту. Отмечается полиаденит. После начала пенициллинотерапии возникает реакция обострения (Лукашевича-Яриша-Герксгеймера) – выражается в повышении температуры и обострением высыпаний. Розеола становятся более яркими и появляются на тех местах, где ранее не имелись.
2. Что такое реакция обострения (Лукашевича-Яриша-Герксгеймера)?	В первые часы после введения антибиотиков, в результате распада бледных спирахет выделяется в большом количестве эндотоксин, приводящий к усилению симптомов интоксикации (повышение температуры, озноб, недомогание и боли в области суставов) и обострению высыпаний. Розеола становятся более яркими и появляются на тех местах, где ранее не имелись.
3. Что такое симптом «Пинкуса»?	Неравномерное выпадение волос на ресницах и бровях
4. Что такое сифилитическая лейкодерма?	сифилитическая лейкодерма или пигментный сифилид – беловатые пятна, окруженные гиперпигментированной кожей, округлых очертаний. Кожа в области пятен не изменена, шелушится. Наблюдается при вторичном рецидивном сифилисе.

Задание №1

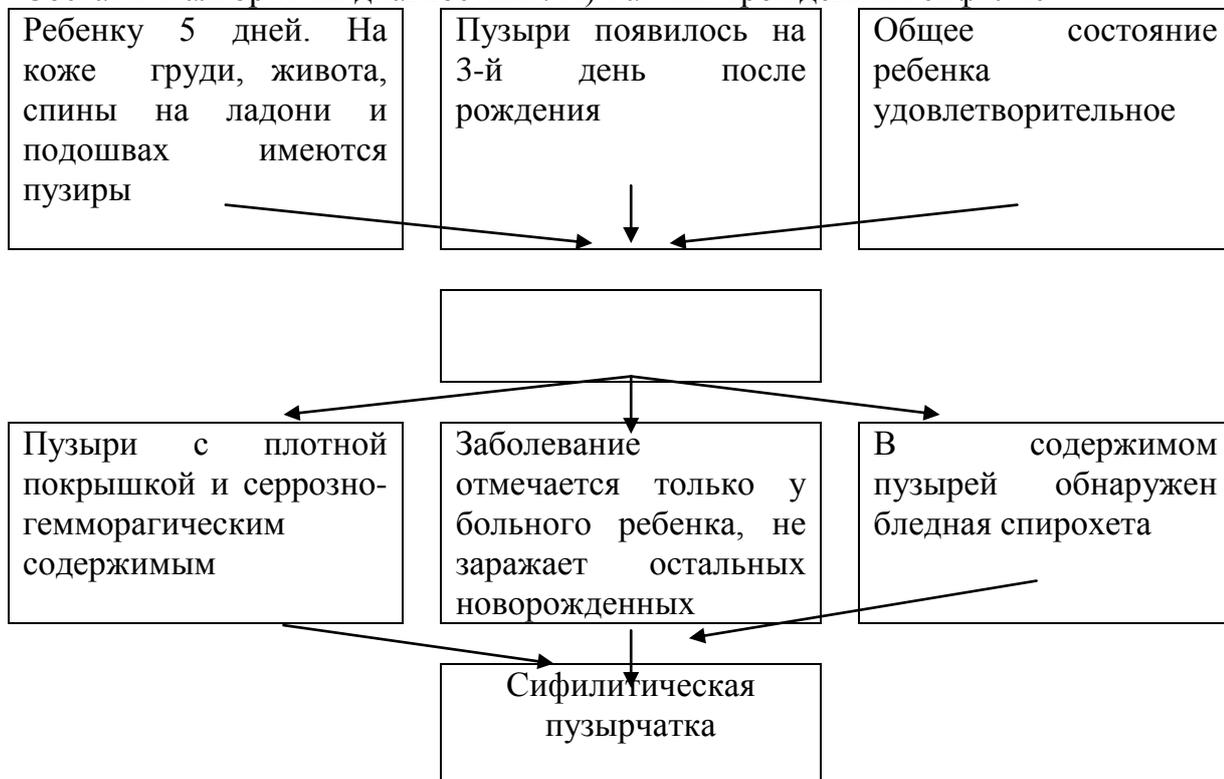
Классификация и нозологические формы врожденного сифилиса

Вопрос	Ответ
Как классифицируются врожденный сифилис?	Врожденный сифилис разделяется на ранний врожденный и поздний врожденный сифилис. Обе клинические формы протекают с клиническими признаками или без клинических признаков.
2. Какие признаки характерны для раннего врожденного сифилиса?	Для раннего врожденного сифилиса характерны следующие признаки сифилитическая пузырчатка, сифилитический ринит, диффузная папулезная инфильтрация Гохзенгера, сифилитический остеохондрит, периоститы и остиопериоститы менингиты менингоэнцефалиты, сифилитический хореоретинит
3. Какие признаки характерны для позднего	Достоверные признаки: Триада Гетчинсона; сифилитический лабиринтит, зубы Гетчинсона,

врожденного сифилиса ?	сифилитический паренхиматозный кератит. Вероятные признаки: Рубцы Робинсона-Фурнье, ягодицеобразный череп, седловидный нос, саблевидные голени, симптом «соли и перца». Стигмы: симптом Дюбуа-Гессара, диастема Гаше, Австидийского, бугорки Карабелли, гипертрихоз
------------------------	---

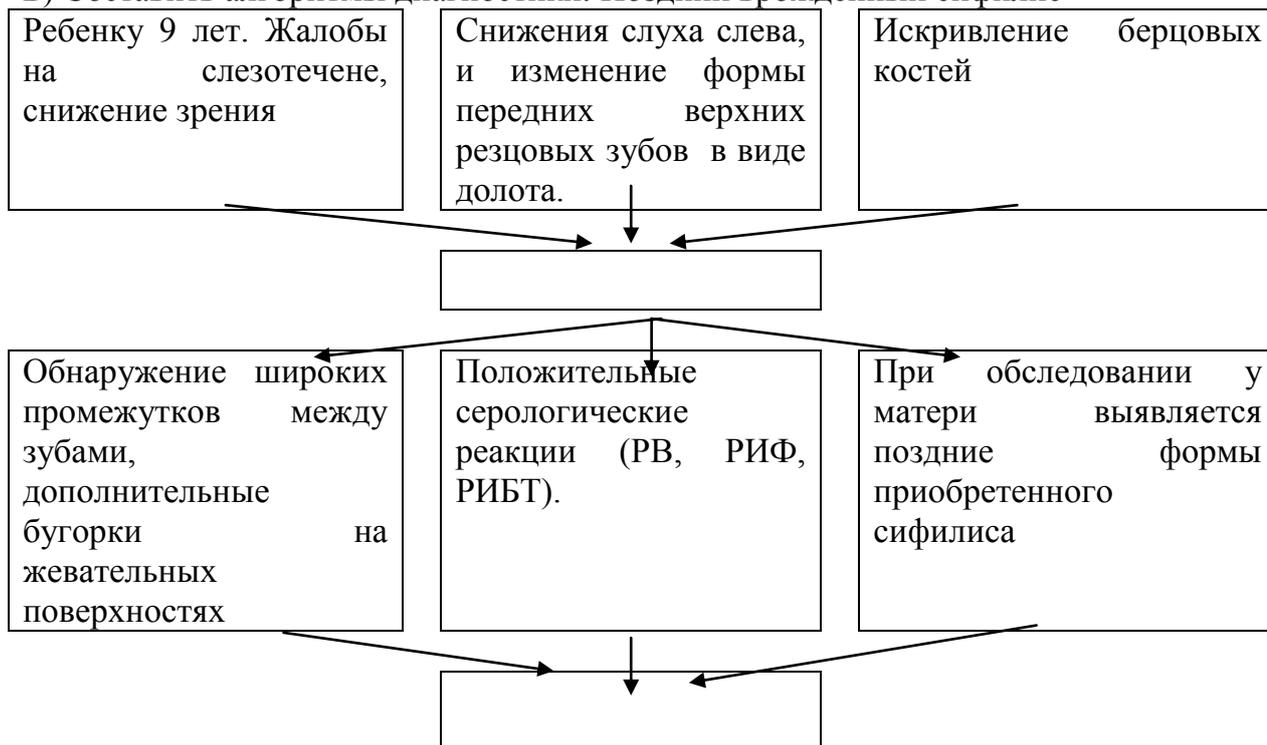
Задание №2

Составить алгоритмы диагностики: А) Ранний врожденный сифилис



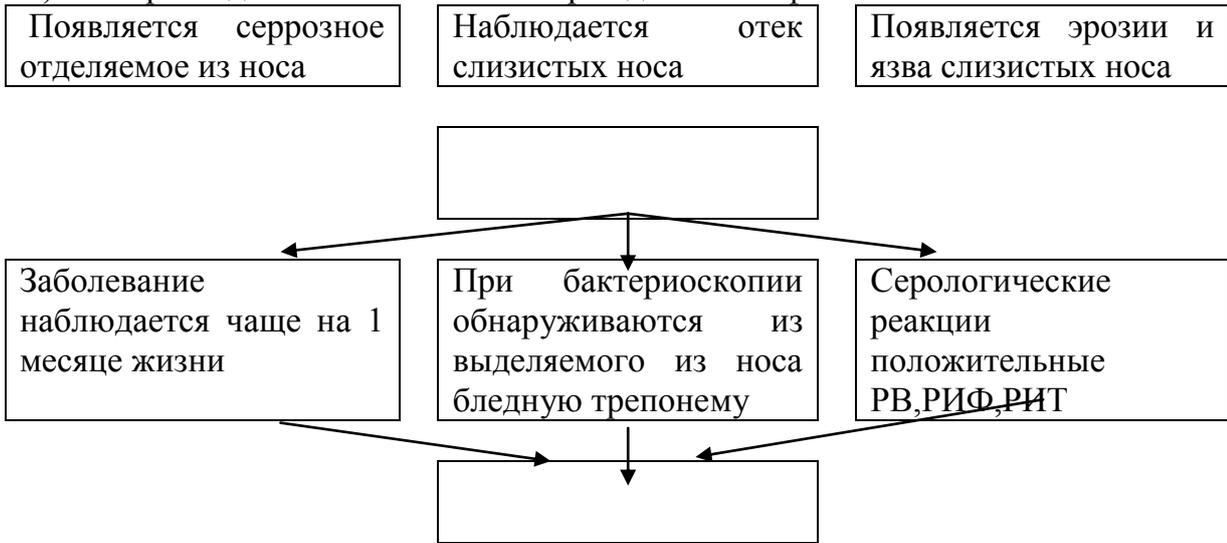
Ответ: Ранний врожденный сифилис

Б) Составить алгоритмы диагностики: Поздний врожденный сифилис



Ответ: Поздний врожденный сифилис.

В) Алгоритм диагностики: Ранний врожденный сифилис



Ответ: Ранний врожденный сифилис

Задание №5

Дифференциальная диагностика твердого шанкра
и мягкого шанкра.

	Твердый шанкр	Мягкий шанкр
1.Фактор вызывающий заболевание	Бледная трепонема	Стрептобациллы Дюкрея- Унны - Петерсена
2.Поражаются	Любые участки кожи и слизистых где произошло внедрение бледной трепонемы	Только кожа и слизистая половых органов
3.Элемент сыпи	Эрозия или язва с четкими границами, блюдцеобразной формы с гладким, мясото красным дном, плотно эластической консистенции.	Язвочка с неправильной формой, подрытыми краями и мягкой консистенции. Дно язв неровное, покрыто обильным гнойным отделяемым.
4.Количество элементов	Чаще единичная	Множественная

Задание №5

Дифференциальная диагностика твердого шанкра и шанкриформной пиодермии

	Твердый шанкр	Шанкриформной пиодермии
1.Фактор вызывающий заболевание	Бледная трепонема	Золотистый стафилококк иногда стрептококк
2.Основные отличия	Дно язв гладкое и чистое. Плотный инфильтрат в основании не выходит за пределы язв	Дно язв покрыто гнойным отделяемым или гангренозным распадом. Плотный инфильтрат в основании выходит за пределы язв
3.Лабораторная диагностика	В содержимом эрозии или язвы обнаруживается бледная трепонема. КСР, РИФ резко положительны	Серологические исследования крови отрицательны
4.В центре высыпаний волосистой стержень	Не имеется	Имеется

Задание №3

Дифференциальная диагностика раннего и позднего врожденного сифилиса

	Ранний	Поздний
1.Клинические проявления	До 2 лет	От 2 до 14 лет и выше
2.Признаки	Эпидемическая пузырьчатка, сифилитический	Триада Гетченсона, саблевидные голени, сифилитические хореоритиниты и гониты

	ринит, диффузная папулезная инфильтрация Гохзенгера, сифилитические остеохондриты, периоститы, остеопериоститы, сифилитический менингиты, менингоэнцефалит, гидроцефалия.	радиарные рубцы Робинсона-Фурнье, ягодициобразный череп, седловидный нос, дистрофии зубов,
3. Характер поражения	Поражение глубокое, распространяется вглубь	Поражение поверхностное, распространяется по периферии
4. Заболевание преимущественно наблюдается	У взрослых и детей до 1 года	У детей дошкольного и школьного возраста

Задание №4

Дифференциальная диагностика сифилитической пузырчатки и эпидемической пузырчатки новорожденного

	Сифилитическая пузырчатка	Эпидемическая пузырчатка новорожденного
1. Начало заболевания	Пузыри появляются сразу после рождения	На 3-4 день после рождения
2. Возбудитель	Бледная спирохета	Золотистый стафилококк
3. Элементы сыпи	Пузыри с серозно-гнойным содержимым, с размером горошину или чечевицу, окруженные ободком инфильтрата. Пузыри напряженные на инфильтрированном основании, чаще располагаются на подошвах и ладонях. Пузыри не имеют склонности к слиянию, субъективных жалоб не бывает	Пузыри с серозно-гнойным содержимым, вокруг пузырей имеются гиперемизированный ободок. Пузыри с вялыми крышками быстро лопающиеся, сопровождающиеся с симптомами интоксикации
Симптомы интоксикации	Не имеется	Имеется

6. Тесты.

1. Каким морфологическим элементом является твердый шанкр:
 - А. Эрозия и язва
 - Б. Папула и эрозия
 - В. Эритема и язва
 - Г. Розеола и язва
 - Д. Папула и язва

2. Наличие на половом члене язвы, на теле мелкие красные розеолезные высыпания, полиаденит, нахождение бледных спирохет с язвы, РВ 4+, РИФ 4+, РИБТ 45%. Установите правильный диагноз:
 - А. Вторичный свежий сифилис
 - Б. Первичный серопозитивный сифилис
 - В. Первичный серонегативный сифилис
 - Г. Первичный скрытый сифилис
 - Д. Вторичный рецидивный сифилис

3. Причина возникновения реакции обострения при сифилисе:
 - А. Массивная гибель бледных трепонем под действием антибиотика
 - Б. Аллергическая реакция на введение антибиотика
 - В. За счет размножения бледных трепонем
 - Г. За счет дисбактериоза кишечника
 - Д. Все ответы правильные

4. Клинические формы бугоркового сифилиса:
 - А. Карликовые, в форме площадки, серпигинозные
 - Б. Карликовые, в форме площадки, узловатые
 - В. Карликовые, серпигинозные, язвенные
 - Г. В форме площадки, серпигинозные, каплевидные
 - Д. Все ответы правильные

5. Признаки раннего скрытого сифилиса:
 - А. Все ответы правильные
 - Б. Начало заболевания в первые 2 года от начала заражения
 - В. РВ 4+, БОАС (1:220), РИФ 4+, РИБТ 90%
 - Г. Отсутствие изменений со стороны внутренних органов
 - Д. Отсутствие признаков нейросифилиса

6. О чем свидетельствует сифилитическая лейкодерма:
 - А. Нейросифилис
 - Б. Заболевание кровеносных сосудов
 - В. Положительные серологические реакции
 - Г. Вторичный период сифилиса
 - Д. Третичный период сифилиса

7. Пути заражения врожденного сифилиса:
 - А. Во 2 половине беременности через пупочную вену и лимфатические сосуды
 - Б. В 1 половине беременности через пупочную вену и лимфатические сосуды
 - С. Во время родов при прохождении через родовые пути
 - Д. После рождения с грудным молоком

Е. Все ответы правильные

8. Достоверные признаки позднего врожденного сифилиса:

- А. Зубы Гетчинсона, сифилитический кератит, сифилитический лабиринтит
- В. Зубы Гетчинсона, сифилитический синусит, сифилитический лабиринтит
- С. Зубы Гетчинсона, сифилитический артериит, сифилитический лабиринтит
- Д. Зубы Гетчинсона, сифилитический менингит, сифилитический лабиринтит
- Е. Зубы Гетчинсона, сифилитический кератит, сифилитический бурсит

9. Клиническими признаками раннего врожденного сифилиса могут быть:

- А. Все ответы правильные
- В. Лентикулярные папулы
- С. Наличие на ладонях и подошвах пузырей с инфильтратом в основании
- Д. Распространенные папулы
- Е. Ринит

10. Псевдопаралич Парро это:

- А. Остеохондрит и внутрисуставной перелом
- В. Асимметричный парез рук и ног
- С. Симметричный парез рук и ног
- Д. Парез тройничного нерва
- Е. Атрофия слухового нерва

7. Ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1

Больная 30 лет. Вес 60 кг. Две недели тому назад появилась эрозия величиной в чечевицу цвета свежеразрезанного мяса, на красной кайме нижней губы. При пальпации в основании эрозии плотный инфильтрат. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции. Реакция Вассермана отрицательная.

Выставить предположительный диагноз и наметить пути его уточнения.

Эталон ответа:

1. Первичного серонегативного сифилиса.
2. Необходимо взять нативный мазок из содержимого эрозии для бактериоскопического исследования в затемненном поле зрения на наличие бледной трепонемы.

Ситуационная задача №2

К врачу обратился больной К., с жалобами на высыпания в области половых органов.

Объективно: на теле полового члена наблюдаются две язвы, размером с 2-копеечную монету, мясо-красного цвета, блюдцеобразной формы. При пальпации края язв плотные и безболезненные. Периферические лимфоузлы увеличены, безболезненны, с окружающими тканями не спаяны. Из лабораторных данных: РВ (4+) (4+) (3+); РИФ - 200 (3+); РИТ - 1: 180.

Поставьте полный диагноз.

Ответ: Первичный серопозитивный сифилис.

Ситуационная задача №3

К хирургу в консультативную поликлинику обратился больной А., 16 лет с жалобами на затруднение при мочеиспускании и резкую болезненность в области половых органов. Из анамнеза 45 дней назад был половой контакт с незнакомой женщиной, 10 дней назад появилась язвочка на внутреннем листке крайней плоти. Объективно: кожа крайней плоти и головки полового члена ярко-красная, отечная. Отверстие крайней плоти сужено, из-за чего мочеиспускание затруднено. Паховые лимфоузлы увеличены до размеров грецкого

ореха, безболезненны, с окружающими тканями не спаяны. Какое заболевание можно предположить. Дальнейшая тактика хирурга.

Ответ: 1. Первичный период сифилиса. Фимоз.

2. Консультация венеролога.

3. Необходимо взять нативный мазок из содержимого язвочки для бактериоскопического исследования в затемненном поле зрения на наличие бледной трепонемы.

4. Исследование крови на КСР, РИБТ и РИФ.

Ситуационная задача №4

К ЛОР-врачу обратилась женщина 25 лет. При осмотре полости рта одна миндалина увеличена, выраженные воспалительные явления отсутствуют, границы резкие, температурная реакция и болезненность при глотании не наблюдаются. При пальпации миндалины шпателем ощущается ее упругость. Шейные и подчелюстные лимфоузлы увеличены, размером от крупной фасоли до лесного ореха, подвижные, плотные, не спаяны с окружающей тканью и безболезненные. Какое заболевание можно предположить, дальнейшая тактика ЛОР-врача.

Ответ: 1. Первичный период сифилиса. Шанкр амигдалит.

2. Консультация венеролога.

3. Необходимо взять нативный мазок из отделяемого миндалин для бактериоскопического исследования в затемненном поле зрения на наличие бледной трепонемы.

4. Исследование крови на КСР, РИБТ и РИФ.

Ситуационная задача №5

К дерматологу обратилась акушерка родильного дома, которую направил хирург после безуспешного местного лечения продолжавшегося 6 дней. При осмотре наблюдается булавовидное вздутие концевой фаланги, указательного пальца правой кисти. Отмечается болезненность, остро-воспалительная эритема отсутствует, консистенция патологического очага плотная. Локтевые лимфатические узлы увеличены до размеров крупной фасоли, безболезненны, подвижные. Какие заболевания можно предположить и что нужно сделать для уточнения диагноза.

Ответ: 1. Первичный период сифилиса. Шанкр панариций.

2. Исследование крови на КСР, РИБТ и РИФ.

3. Консультация венеролога.

Ситуационная задача №1

На прием к педиатру обратился ребенок у которого на коже лица и волосистой части головы располагаются корочки желтовато-зеленого цвета.

Из каких элементов сыпи они образовались?

Какой характер имеют данные корки?

Какие еще корки существуют?

Эталон ответа:

1. Корки образуются в результате высыхания содержимого экссудативных первичных элементов сыпи.

2. Желтовато-зеленого цвета корки образуются при высыхании гнойного содержимого пустулезных элементов сыпи.

3. Корки также могут быть геморрагическими, серозными и смешанными (серозно-гнойными, гнойно-геморрагическими).

Ситуационная задача №2

На коже бедра у ребенка имеются многочисленные эрозии размером от 0,2 до 0,4 см в диаметре с округлыми краями. Из них наблюдается серозное отделяемое.

К каким морфологическим элементам сыпи относятся эрозии?

Дайте характеристику эрозий.

Как разрешаются эрозии?

Эталон ответа:

1. Эрозии относятся к вторичным элементам сыпи.
2. Эрозии – это поверхностный дефект кожи, наблюдаемый до базального слоя эпидермиса.
3. Эрозии разрешаются без образования рубцов, образуя корки, после выпадения которых отмечается временная гипо- или гиперпигментация.

Ситуационная задача №3

На биопсийном материале кожи больного гистологически был выявлен паракератоз.

1. Охарактеризуйте данное изменение кожи.
2. Какой морфологический элемент при этом возникает на коже?

Эталон ответа:

Паракератоз – это усиленное ороговение рогового слоя эпидермиса, при котором в роговом слое обнаруживаются не разрушившиеся кератиноциты содержащие ядра.

При паракератозе на коже больных отмечается наличие чешуек.

Ситуационная задача №4

На коже больного 14 лет периодически наблюдается образование первичных бесполостных экссудативных элементов сыпи, склонных к слиянию и быстрому рассасыванию.

Назовите элемент сыпи.

Охарактеризуйте данный элемент сыпи.

При каких заболеваниях кожи отмечается данный элемент сыпи?

Эталон ответа:

2. Волдырь – urtica.
3. Волдырь – это элемент возникающий в результате острого отека сосочкового слоя дермы.
4. Волдыри характерны для крапивницы, детской почесухи, чесотки, многоформной экссудативной эритемы.

Ситуационная задача №1

Ребенок на 2-ой недели жизни при обследовании на коже ладоней и подошв на слегка инфильтрированном основании были обнаружены полушаровидные (10-15 мл) наполненные вначале прозрачным, затем мутным содержимым пузыри, окруженные по периферии буровато-красным венчиком Пузыри не склонны к периферическому росту и не сливаются между собой. При их вскрытии образуется эрозия слегка ранимой кровоточащей поверхностью, затем покрывающиеся корками. Общее состояние ребенка удовлетворительное.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Для уточнения диагноза какие анализы надо провести?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.

Эталон ответа.

1. О раннем врожденном сифилисе.
2. Содержимого пузыря надо обследовать на бледную спирохету, кровь на РВ и РИФ.
3. Дифференциальную диагностику необходимо провести с эпидемической пузырчаткой новорожденного

А) Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Круглого стола»

6. Выбор темы: осложнения твердого шанкра.
7. По кругу пускается лист бумаги с заданием.
8. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому.

9. Все записывают свои ответы, затем идет обсуждение: неправильные ответы зачеркивают.

10. По количеству правильных ответов – оценивают знания студентов.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- баланит
- баланопостит
- фимоз
- паофимоз
- гангренизация
- фагаденизм.

В). Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Ручка в центре стола»

4. Выбор темы: характеристика первичной сифиломы.

5. Объяснение задачи участникам: На один лист каждый студент записывает один вариант ответа и передвигает лист товарищу, при этом свою ручку передвигает в центр стола. При отсутствии ответа ручка остается на столе. Все ответы обсуждаются совместно в течение 10-15 минут, анализируются верные и неверные варианты и дается оценка каждого ответа.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- основной элемент сыпи —эрозия или поверхностная язва, округлой или овальной формы с четкими и ровными краями, блюдцеобразной формы с гладким, блестящим, мясо – красным дном. При пальпации шанкра ее основание плотно – эластической, хрящевидной консистенции. Субъективные ощущения отсутствуют.
- возникает на 4-5 неделе после полового или тесного бытового контакта с больным.
- высыпания возникают на месте внедрения возбудителя.
- сыпь единичная в редких случаях множественная.

Задание №6

А) Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Круглого стола»

11. Выбор темы: Нозологические формы врожденного сифилиса

12. По кругу пускается лист бумаги с заданием.

13. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому.

14. Все записывают свои ответы, затем идет обсуждение: неправильные ответы зачеркивают.

15. По количеству правильных ответов – оценивают знания студентов.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- ранний врожденный сифилис
- поздний врожденный сифилис
- сифилитическая пузырчатка
- сифилитический ринит
- диффузной папулезной инфильтрации Гохзенгера
- триада Гетчинсона

В). Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Ручка в центре стола»

6. Выбор темы: Ранний врожденный сифилис

7. Объяснение задачи участникам: На один лист каждый студент записывает один вариант ответа и передвигает лист товарищу, при этом свою ручку передвигает в центр стола. При отсутствии ответа ручка остается на столе. Все ответы обсуждаются совместно в течение 10-15 минут, анализируются верные и неверные варианты и дается оценка каждого ответа.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- основной элемент сыпи – пузыри с серозно-гнойным содержимым и плотной крышкой.
- наблюдается чаще сразу после рождения
- высыпания отмечаются на всей поверхности туловища, а также на ладонях и подошвах.
- пузыри вскрываются, образуя эрозии, покрываемые серозно- гнойными корками.

7. Ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1

Офтальмолог направил дерматовенерологу девочку 16 лет с диагнозом паренхиматозный кератит. При осмотре также обнаружены саблевидные голени.

1. О каких заболеваниях можно думать?
2. Какие исследования необходимо провести, чтобы подтвердить диагноз?
3. Клинический диагноз?
3. Какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

Эталон ответа:

1. О позднем врожденном сифилисе, о рахите, периостите, о кератитах различной природы.
2. Кровь надо исследовать на РВ, РИФ, РИТ, ПЦР на бледную спирохету, рентгенографию костей голени, осмотр глазного дна.
3. Поздний врожденный сифилис
4. Синдромом Фогтя-Коянаги -Харада, рахитические изменения костей.

Ситуационная задача №2

Укажите наиболее вероятный исход беременности, если женщина заразилась сифилисом на 27-28 недели беременности.

1. Ребенок рождается здоровым.
2. Наблюдается ранний выкидыш.
3. Наблюдается поздний выкидыш.
4. Ребенок рождается с проявлением раннего врожденного сифилиса.
5. Ребенок рождается без клинических признаков.

Эталон ответа.

- .Ребенок может родиться с проявлением раннего врожденного сифилиса ,или могут проявляться в первые 2-3 месяца жизни

В конце занятия студенты заполняют оценочный лист.

Вопросы:

1. Клиника заболевания.
2. Лабораторные методы диагностики и их интерпретация.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение, оптимальная схема и дозировки препаратов.
5. Профилактика.

Эталон оценочного листа:

Диагноз: ранний врожденный сифилис.

Оснащение практического занятия:

- Тематические больные
- Таблицы
- Слайды по сифилису
- Сценарий методов работы в малых группах
- Ситуационные задачи
- Видеофильм

8. Самостоятельная работа студента.

Задания для самостоятельной работы и УИРС

- составить алгоритм диагностики

Темы УИРС:

- Клиника и течение раннего врожденного сифилиса
- Профилактика врожденного сифилиса

9. Критерии оценки (Сифилис).

Отлично 86-100 балл	Заключение и выводы. Правильное клиническое мышление. Самостоятельное мышление. Практические навыки. Правильное мышление и объяснение материала	Имеет полные сведения об этиологии, патогенеза и классификации сифилиса, знает клинику, течение, диагностические критерии приобретенного и врожденного сифилиса и дифференциальную диагностику. Знает серологические реакции, используемые при диагностике сифилиса. На основании теоретических знаний может сделать заключение и имеет свои научные взгляды.
Хорошо 71-85 балл	Правильное клиническое мышление. Самостоятельное мышление. Практические навыки. Правильное мышление и объяснение материала.	Имеет общие сведения об этиологии, патогенеза и классификации сифилиса, знает клинику, течение, диагностических критериев сифилиса и дифференциальную диагностику. Знает сущность серологических реакций, используемых при диагностике сифилиса. На основании теоретических знаний не может сделать определенное заключение и не имеет свои научные взгляды.
Удовлетворительно 55-70 балл	Правильное мышление и объяснение материала.	С трудом рассказывает этиологию, патогенез и классификации сифилиса, плохо знает клинику, течение, диагностические критерии сифилиса и дифференциальную диагностику. Плохо знает и представляет сущность серологических реакции, используемых при диагностике сифилиса.
55 баллов и менее	Не имеет понятия	У студента имеется смутное и запутанное представление по данной теме.

10. Контрольные вопросы:

1. Общее течение сифилиса;
2. Клинические проявления, характер начала заболевания, характеристика кожно-патологического процесса, характерные симптомы, формы,
3. Классификация вторичного периода сифилиса.
4. Чем отличается клиническая картина свежего вторичного сифилиса от рецидивного?
5. Клинические проявления третичного периода сифилиса?

6. Причины возникновения врожденного сифилиса ;
7. Классификация врожденного сифилиса.
8. Нозологические формы раннего позднего врожденного врожденного сифилиса
9. Дифференциальная диагностика сифилиса;
10. Лабораторные методы диагностики и их интерпретация.

Оснащение практического занятия:

- Тематические больные
- Таблицы «Классификация и нозологические формы приобретенного и врожденного сифилиса», «первичный, вторичный и третичный сифилис», «ранний и поздний скрытый» «Ранний врожденный сифилис», «Поздний врожденный сифилис»,
- Слайды по приобретенному и врожденному сифилису
- Сценарий методов работы в малых группах
- Ситуационные задачи

Занятие 5.

1. Тема: СПИД. Гонорея. Негонококковые уретриты. Лечение и профилактика

2. Цель: Обучить студента диагностике СПИДа, гонореи, гонобленореи и негонококковых уретритов на основании жалобы больного, клиники заболевания, анамнеза, данных лабораторных исследований, проведении конфронтации, методам лечения, установлении критерии излеченности и профилактическим мероприятиям.

3. Задачи занятия: Обучить студента:

- Постановке диагноза различных клинических форм СПИДа, гонореи и негонококковых уретритов .
- Определению ранней диагностики СПИДа, гонореи и негонококковых уретритов .
- Беседовать с больными венерическими заболеваниями.
- Объемом диспансерной работы.
- Профилактике гонореи и негонококковых уретритов .

В результате проведения занятия студент должен уметь:

- Собрать жалобы больного, анамнез заболевания;
- Клинически обследовать больного и описать основное заболевание;
- Провести дифференциальную диагностику;
- Выделить опорные симптомы анамнеза и клиники для формирования предварительного диагноза;
- Составить план лабораторного обследования больного;
- Интерпретировать результаты лабораторного исследования;

- Определить терапевтическую тактику;
- Провести профилактические мероприятия.

В результате проведенного занятия студент должен овладеть следующими практическими навыками:

- Проведение бактериоскопического, и бактериологического диагностического метода (см. методич. рекомендации “Методы диагностики применяемые в дерматологии”);

План занятия:

- I. Проверка теоретических знаний студентов путем устного опроса.
- II. Разбор больных и их историй болезни.
- III. Проверка и анализ оценочных листов клинического мышления студента, решение ситуационных задач, ролевые игры.
- IV. Работа с раздаточным материалом и проверка окончательного уровня знаний студентов.
- V. Изложение нового материала. Подведение итогов занятия. Домашнее задание на следующее занятие.

4. Теоретическая часть.

Легочная форма.

Жалобы	Боли в груди, кашель, одышка, повышение температуры, похудание, ухудшение общего состояния.
Клинические проявления	Синюшность носогубного треугольника, частота дыхания 27-28 в минуту, раздувание крыльев носа, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, аускультативно в легких – ослабление дыхания, в нижней доле левого легкого – мелкопузырчатые и крупнопузырчатые хрипы.
Рентгенограмма грудной клетки	Обширные инфильтраты в легких, увеличение бронхо-легочных лимфатических узлов.
Лабораторные исследования	В общем анализе крови: лимфопения. Иммунограмма: Т-хелперов менее 400 в 1мм, CD4/CD8= 0,8, повышение иммуноглобулиноа А и J. Положительные результаты иммуноферментного анализа, иммуноблотинга и иммунопреципитации. Бактериологическое исследование мокроты: пневмоциста.
Дифференциальный диагноз	Пневмонии и бронхиты другой этиологии.
Лечение	Этиотропное и симптоматическое.
Профилактика	Разъяснительные работы среди населения. Активное выявление инфицированных с помощью современных тест систем среди доноров крови, спермы, органов и ткани, обследование гомосексуалистов, проституток, наркоманов, половых партнеров ВИЧ-инфицированных.

СПИД, неврологическая форма.

Жалобы	Раздражительность, вспыльчивость, судорожные припадки, потери сознания, парестезии и парез дистальных фаланг пальцев рук.
Клинические	Гипорефлексия, мышечная гипотония мышц рук, положительные

проявления	патологические рефлексы, снижение кожных брюшных рефлексов, координаторские синкезии,
Лабораторные исследования	В общем анализе крови: лимфопения. Иммунограмма: Т-хелперов менее 400 в 1мм, CD4/CD8 0,8, повышение иммуноглобулиноа А и J. Положительные результаты иммуноферментного анализа, иммуноблотинга и иммунопреципитации. ЭЭГ – повышенная судорожная готовность. Компьютерная томография – атрофия коркового слоя.
Дифференциальный диагноз	Неврологические нарушения другой этиологии – опухоли, абсцессы, менингоэнцефалиты.
Лечение	Этиотропное и симптоматическое.
Профилактика	Разъяснительные работы среди населения и обучение врачей смежных специальностей клиническим признакам СПИДа по их профилю. Активное выявление инфицированных с помощью современных тест систем среди доноров крови, спермы, органов и ткани, обследование гомосексуалистов, проституток, наркоманов, половых партнеров ВИЧ-инфицированных.

СПИД., желудочно-кишечная форма.

Жалобы	Частый стул до 10-15 раз в сутки, с примесью крови, слизи, гноя, боли в животе, тенезмы, слабость, отсутствие аппетита, сухость кожи, лихорадка, прогрессирующее похудание.
Клинические проявления	Общее состояние тяжелое, истощен, ПЖК атрофирована, сухость кожных покровов и слизистых оболочек, живот при пальпации вздут, болезненный, печень увеличена +4см, плотноэластической консистенции. Пальпируются подчелюстные, подбородочные, заднешейные, подмышечные лимф. узлы, разм с фасоль, лесной орех, подвижные, безболезненные. Кандидоз слизистой ротовой полости.
Лабораторные исследования	В общем анализе крови: лимфопения. Иммунограмма: Т-хелперов менее 300 в 1мм, CD4/CD8 =0,7, повышение иммуноглобулиноа А и J. Положительные результаты иммуноферментного анализа, иммуноблотинга и иммунопреципитации. В ан. кала – лейкоциты, эритроциты св в большом количестве, сальмонеллы. УЗИ – холецистит, хр.гепатит. Рентген желудка – язва задней стенки желудка.
Дифференциальный диагноз	Диарея другой этиологии Онкологические заболевания ЖКТ.
Лечение	Этиотропное и симптоматическое..
Профилактика	Разъяснительные работы среди населения и обучение врачей смежных специальностей клиническим признакам СПИДа по их профилю. Активное выявление инфицированных с помощью современных тест систем среди доноров крови, спермы, органов и ткани, обследование гомосексуалистов, проституток, наркоманов, половых партнеров ВИЧ-инфицированных.

СПИД, лихорадочная форма.

Жалобы	Подъемы температуры до 38°С, похудание, общее недомогание, нарастающая слабость, высыпания на слизистой рта.
--------	--

Клинические проявления	Общее состояние тяжелое, мышечная гипотония, атрофия ПЖК, герпетические высыпания на слизистой рта, подчелюстные, подбородочные, заднешейные, подмышечные лимф. узлы, разн с фасоль, лесной орех, подвижные, безболезненные.
Лабораторные исследования	В общем анализе крови: лимфопения. Иммунограмма: Т-хелперов менее 300 в 1мм, CD4/CD8 0,7, повышение иммуноглобулиноа А и J. Положительные результаты иммуноферментного анализа, иммуноблотинга и иммунопреципитации.
Дифференциальный диагноз	Онкологические, эндокринологические заболевания.
Лечение	Этиотропное и симптоматическое..
Профилактика	Разъяснительные работы среди населения и обучение врачей смежных специальностей клиническим признакам СПИДа по их профилю. Активное выявление инфицированных с помощью современных тест систем среди доноров крови, спермы, органов и ткани, обследование гомосексуалистов, проституток, наркоманов, половых партнеров ВИЧ-инфицированных.

5.

ГОНОРЕЯ

Диагностика	Классификация: 1)свежая гонорея (заболевание продолжается до 2 месяцев) А)острая, Б)подострая, В)торпидная; 2)хроническая гонорея (более 2 месяцев); 3)гонореяносительство., 4) гонобленорея
Факторы приводящие к развитию заболевания	Гонорея является венерическим заболеванием. Вызывается гонококком Нейссера. Заражение происходит при половом контакте. Дети заражаются неполовым путем от больных родителей при бытовом контакте а также во время рода.
Жалобы	Жжение, зуд, болезненность, выделения гноя из мочеиспускательного канала а при гонобленорее из глазной щели.
Клинические проявления	У мужчин: гонорейный уретрит – отделяется беловато-желтый гнойный экссудат, эпидидимит – воспаление придатка яичка – болезненность, гиперемия, повышение температуры. У женщин – уретрит, бартолинит, эндоцервицит, вестibuлит, вульвит, вагинит, эндометрит, сальпингит, оофорит, гиперемия и отечность шейки матки, слизисто-гнойные выделения. Гонобленоррея – гиперемия роговой оболочки глаз, выделяется гной.
Методы исследования	Применяются бактериологический и бактериоскопический методы исследования. Берут мазок из отделяемых мочеиспускательного канала и окрашивают по Грамму.
Лечение	Специфическое лечение: антибиотики по инструкции. Неспецифическое: иммунотерапия – пирогенал, продигозан, метилурацил.
Сроки лечения	5-10 дней в амбулаторных или стационарных условиях. Больные находятся под диспансерным и лабораторным контролем в течение 2 месяцев.

Задание №1

Основные этиологические факторы приводящие к развитию гонорее

Вопрос	Ответ
1. Что является возбудителем гонорее?	Возбудителями являются гонококки, относящиеся к диплококком, является грамотрицательными микроорганизмами.

2. Какие факторы способствуют возникновению гонореи?	Основным факторам способствующими возникновению гонореи являются половой контакт с больной гонореей, редко различные тесные бытовые контакты, при гонобленорее часто больная мат.
--	---

Задание №2

Классификация и нозологические формы гонореи.

Вопрос	Ответ
1. Как классифицируются гонорея?	Различается: 1)свежая гонорея (при давности заболевания не более 2 месяцев) 2)хроническая гонорея (давност заболевания более 2 месяцев), по течению; А)острая, Б)подострая, В)торпидная; 3) гонорейноительство., 4) гонобленорея
2.Какие признаки характерны для гонореи?	У мужчин: гонорейный уретрит – отделяется беловато-желтый гнойный экссудат, эпидидимит – воспаление придатка яичка – болезненность, гиперемия, повышение температуры. У женщин – уретрит, бартолинит, эндоцервицит, вестибулит, вульвит, вагинит, эндометрит, сальпингит, оофорит, гиперемия и отечность шейки матки, слизисто-гнойные выделения. Гонобленоррея – гиперемия роговой оболочки глаз, выделяется гной.
4. Какие осложнение могут наблюдаться при гонорее у мужчин?	У мужчин могут быть следующие осложнение гонореи: баланит, баланопастит, фимоз, парафимоз, литтериты, морганитты, абцессы парауретральных желез, простатиты, эпидидимит, везикулит, дифферентиты, орхиты, цистит, бесплодие, снижение потенции и диссеминация гонококков по другим внутренним органам. При гонобленорее слепота.
5. Какие осложнение могут наблюдаться при гонорее у женщин?	У женщин могут быть следующие осложнение гонореи: бортолинит, эндометрит, эндоцервицит, салпингит, оффарит, перетонит, бесплодие и диссеминация гонококков по другим внутренним органам.. При гонобленорее слепота.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС.

Диагностика	Генитальный герпес – хронически-рецидивирующее вирусное заболевание, вызываемое вирусом простого герпеса – ВПГ 2 типа (реже 1 типа).
Факторы, приводящие к развитию заболевания	Инфицирование происходит при половых и тесно-бытовых контактах. Рецидивы обычно возникают после отрицательных эмоциональных воздействий, переохлаждения и других факторов, нарушающих состояние биологического равновесия организма, способствующих снижению защитных сил и активации ВПГ.
Жалобы	Высыпания на половых органов пузырьков, зуд, жжение, болезненность.
Клинические проявления	Генитальный герпес характеризуется островоспалительными проявлениями, вариабельностью клинической картины и тенденцией к упорному рецидивирующему течению. У мкжчин ограниченные герпетические высыпания локализуются на внутреннем листке крайней плоти, на головке, шейке и теле полового члена. У женщин поражаются чаще малые половые губы, клитор, влагалище, шейка матки, промежность и бедра. Высыпания, представленные везикулами, эрозиями, язвами на

	фоне эритемы отечности, часто сопровождаются болезненностью, зудом, ощущением тяжести и давления в области промежности. При вовлечении уретры – скудные серозные выделения.
Осложнения	Цистит, эпидидимит, неврологические нарушения, поражения плода и новорожденного, рак шейки матки.
Лабораторные исследования	Обнаружение многоядерных гигантских клеток в соскобах из уретры, тесты для определения антигена или ДНК ВПГ с помощью полимеразной цепной реакции, белокспецифичные иммунные тесты (иммуноблот), серологические методы идентификации и определение титра герпесвирусных антител.
Лечение	Общая терапия: Противовирусные препараты-бонафтон внутрь 150 мг в сутки, ацикловир 20 мг/кг в/в, или внутрь по 0,2 5 раз в сутки, алпизарин, виразол, циклоферон, интерферон. Иммуностимуляторы. Поливитамины. Местная терапия: На эрозии жидкость Каstellани, фуорцин, мази: 1% риодоксоловая, хелепиновая, теброфеновая, 0,5% бонафтоновая, 3% мегасин. При частых рецидивах – герпетическая вакцина.
Профилактика	Санация организма, оздоровительные мероприятия, воздержание от половой жизни до полного разрешения процесса значительно уменьшает риск заражения полового партнера.

КАНДИДОЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

Диагностика	Кандидоз – грибковое заболевание кожи и слизистых органов, вызываемое грибами рода <i>Candida</i> .
Факторы, приводящие к развитию заболевания	Источником инфицирования может быть больной кандидозом человек (поцелуй, половой контакт, посуда, инфицирование плода при прохождении через родовые пути). Заражению способствуют влажный климат, мацерация эпидермиса, нарушения правил гигиены, иммунодефицитное состояние, эндокринопатии, применение антибиотиков, цитостатиков.
Жалобы	Налеты белого цвета, после снятия которого болезненные эрозии, зуд, выделения крошковатой массы.
Клинические проявления	При кандидозном вульвовагините – беловатые, крошковидные выделения; слизистая оболочка влагалища гиперемирована, с белым налетом, поверхностными эрозиями; больных беспокоит зуд. Для баланопостита характерно образование на внутреннем листке крайней плоти и головке полового члена налетов белого цвета, сочетающихся с поверхностными эрозиями; субъективно жжение, болезненность.
Осложнения	Простатиты, эпидидимиты, циститы, в тяжелых случаях при выраженном иммунодефиците – кандидозный сепсис.
Лабораторные исследования	Нахождение элементов гриба в исследуемом материале и выделение его в культуре.
Лечение	Этиотропное – нистатин, леворин, амфоглюкамин, низорал, орунгал, флуконазол, фунгикейр, при тяжелых формах – амфотерицин В. Местная терапия – клотримазол (вагинальные свечи и табл), 5-20% р-р буры в глицерине, флуколат.
Профилактика	Выявление и лечение сопутствующих заболеваний, санирование половых партнеров, рациональное использование антибиотиков.

ХЛАМИДИОЗ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ

Диагностика	Облигатные внутриклеточные бактерии
Факторы, приводящие к развитию заболевания	Половой путь передачи и при прохождении через родовые пути.
Жалобы	Зуд, боль, учащенные позывы на мочеиспускание, выделения.
Клинические проявления	<p>Часто принимает подострую, хроническую и персистентную формы. При хламидийном уретрите – неприятные ощущения, зуд, боль в мочеиспускательном канале, учащенные позывы на мочеиспускание, выделения из уретры слизистого или слизисто-гнойного характера и скудные.</p> <p>Хламидийный простатит - выделения из мочеиспускательного канала, иногда во время дефекации (дефекационная простаторея) или в конце дефекации (микционная простаторея), неопределенные неприятные ощущения, непостоянные боли.</p> <p>Хламидийный вагинит практически не встречается у женщин с нормальным гормональным фоном. Хламидии не размножаются в нормально функционирующемороговевшем плоском эпителии.</p> <p>Хламидийный вульвовагинит может встречаться у детей, пожилых женщин, во время беременности – зуд несильный, жжение, скудные слизистые выделения.</p> <p>Хламидийный цервицит часто не вызывает жалоб, иногда незначительные выделения из влагалища, ощущение влажности в половых органах, ощущение тяжести в пояснице при менструациях.</p> <p>Хламидийный эндометрит сопровождается общим недомоганием, повышением температуры, болями в крестцово-поясничной области, внизу живота, нарушением сроков менструации.</p>
Осложнения	Из урогенитальных осложнений часто возникают эпидидимиты, орхоэпидидимиты, геморрагический цистит, стриктуры уретры, простатит, импотенция, бесплодие; из экстрагенитальных – конъюнктивит, хламидийная инфекция дыхательных путей, болезнь Рейтера.
Лабораторные исследования	Цитологическое исследование, серологические методы (ИФА, РНИФ), изоляция возбудителя в культуре клеток, кожно-аллергическая проба. При микроскопии – крупные цитоплазматические включения в клетках эпителия – тельца Провацка.
Лечение	Этиотропная терапия – антибиотики тетрациклинового ряда, макролиды, сульфаниламидные препараты; патогенетическая - иммуностимуляторы, поливитамины, биогенные стимуляторы.
Профилактика	Лечение больных, санация носителей, защищенные половые контакты.

ТРИХОМОНИАЗ.

Диагностика	Влагалищная трихомонада – <i>Trichomonas vaginalis</i> .
Факторы, приводящие к развитию заболевания	Передается половым путем. Бытовое заражение возможно потому, что в комочках невысохшей слизи или гноя паразиты сохраняют жизнеспособность. Заражение новорожденных от больных матерей во время родов наблюдается в 5% случаев.

Жалобы	Желтоватые или зеленоватые выделения, жжение, зуд, болезненность при мочеиспускании.
Клинические проявления	Зависит от локализации воспалительного процесса: при вагините желтовато-зеленоватые выделения пенистого характера, жжение, зуд, дерматит внутренней поверхности бедер, при бартолините – болезненная припухлость в нижней трети половых губ. У мужчин трихомонадный уретрит проявляется слизистогнойными выделениями и дизурией, легким зудом и жжением после полового акта.
Осложнения	Простатит, эпидидимит, везикулит, цистит, баланит, артралгии, метроэндометрит, импотенция, бесплодие.
Лабораторные исследования	Обнаружение паразитов в мазках и посевах.
Лечение	Одновременное лечение обоих половых партнеров: метронидазол, тинидазол, наксогин. Стимулирующая, симптоматическая и местная терапия.
Профилактика	Лечение больных, санация носителей, защищенные половые контакты

5. Задание №1.

Саркома Капоши

Вопрос	Ответ
Какие типы бывают	Висцеральный и дермальный
Где чаще локализуется	На верхней части туловища, голове, шее, также голеньях и стопах
Продолжительность эволюции	1,5-2 года
Особенности	Молодой возраст больных, яркая окраска и сочность элементов, быстрая диссеминация, агрессивное течение.

Задание №2.

Генерализованная лимфаденопатия как клинический тест ВИЧ-инфекции

Частота встречаемости	У 90% больных ВИЧ
Какие лимфатические узлы вовлекаются	Преимущественно расположенные выше пояса: кубитальные, под- и надключичные, подмышечные, около- и заушные, затылочные.
Критерии клинического теста	Поражение не менее 2 групп лимфатических узлов, сохраняющихся более 3 месяцев.

Задание №4.

Критерии распознавания ВИЧ

Анамнез	Рецидивирующие и плохо поддающиеся этиотропной терапии вирусные, грибковые и инфекционные заболевания. Сведения о принадлежности к группам риска, о беспорядочной половой связи.
Анализ клинической симптоматики	Многоликие, обильные и многообразные клинические проявления ВИЧ-инфекции имеют общие особенности-упорное течение, нарастающую тяжесть, устойчивость к терапии.
Лабораторные тесты	Индикация вируса и его компонентов в материале от больных, выявление противовирусных антител определение специфических изменений в иммунной системе.

5 Задания.

Задание №5.

Болезнь Рейтера.

Вопрос	Ответ
Определение	Сочетанное поражение уретры, конъюнктивы, суставов.
Этиология	<i>Chlamydia trachomatis</i> .
Кто чаще болеет	Молодые мужчины (20-35 лет)
Какие органы еще поражаются	Кожа, слизистая оболочки, сердечно-сосудистая система, нервная система, почки.

Задание №6.

Исследование мочи у больных уретритами.

Вопрос	Ответ
Какая проба применяется?	Двухстаканная проба Томпсона
Цель применения	Топическая диагностика воспалительного процесса
Передний уретрит	Помутнение, нити хлопьев и гноя в 1 стакане, второй – чистый.
Тотальный уретрит	Пиурия в двух стаканах, + во 2-м терминальная гематурия.

Задание №7

Составить алгоритмы диагностики: А) Свежий острый гонококковый тотальный уретрит



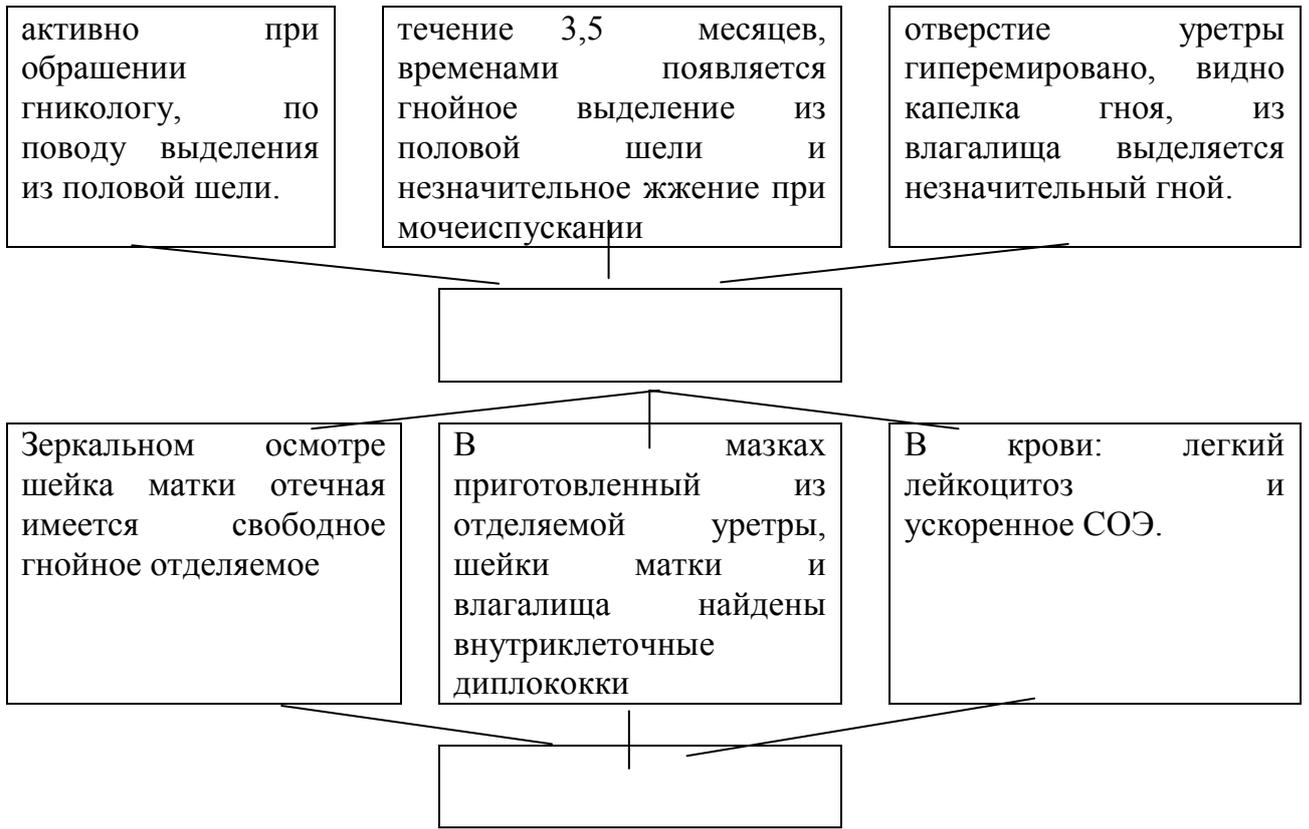
Ответ: Свежий острый гонококковый тотальный уретрит

Б) Составить алгоритмы диагностики: Хронический гонококковый уретрит, эндоцервицит, подострое течение.

Болезнь выявлено

Себя считает больной в

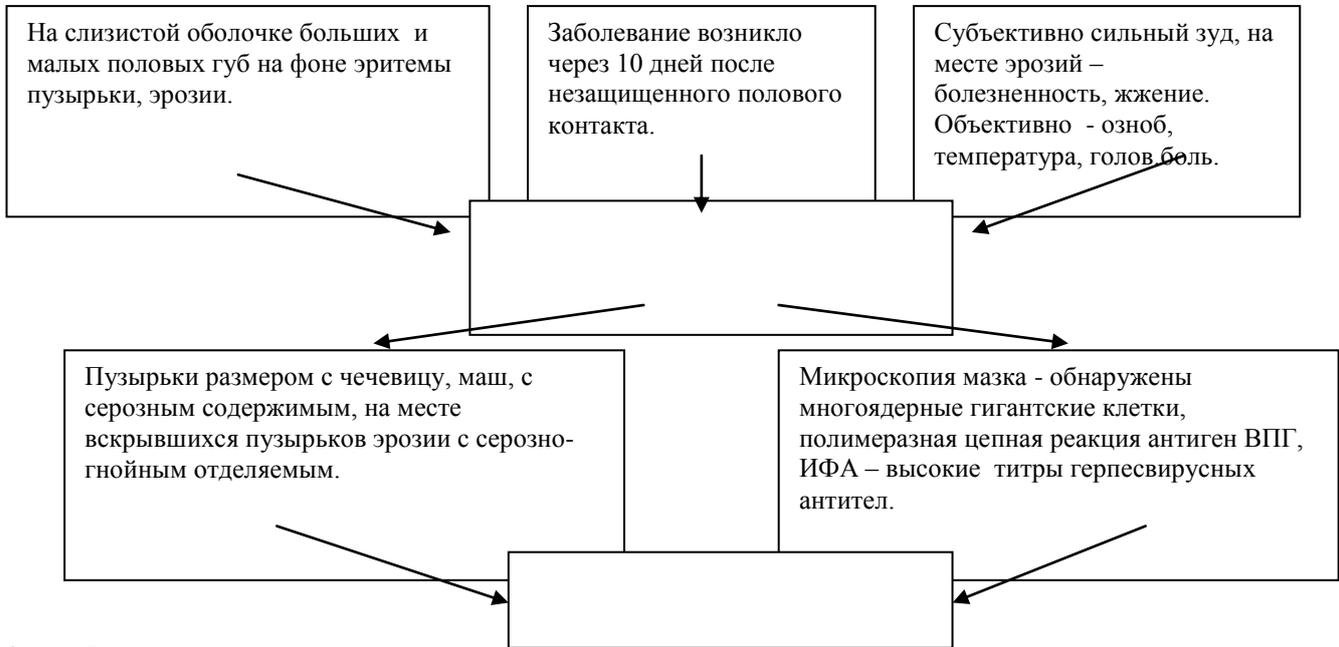
При осмотре наружное



Ответ: Хронический гонококковый уретрит, эндоцервицит, подострое течение.

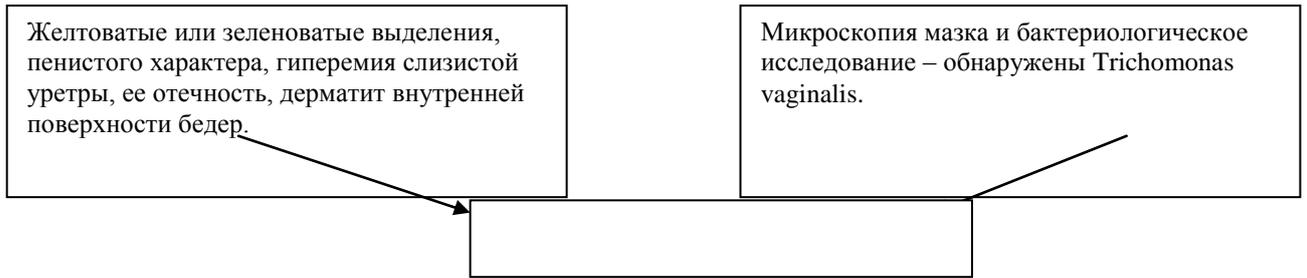
Задание №3.

Составить алгоритм диагностики: А) Генитальный герпес.



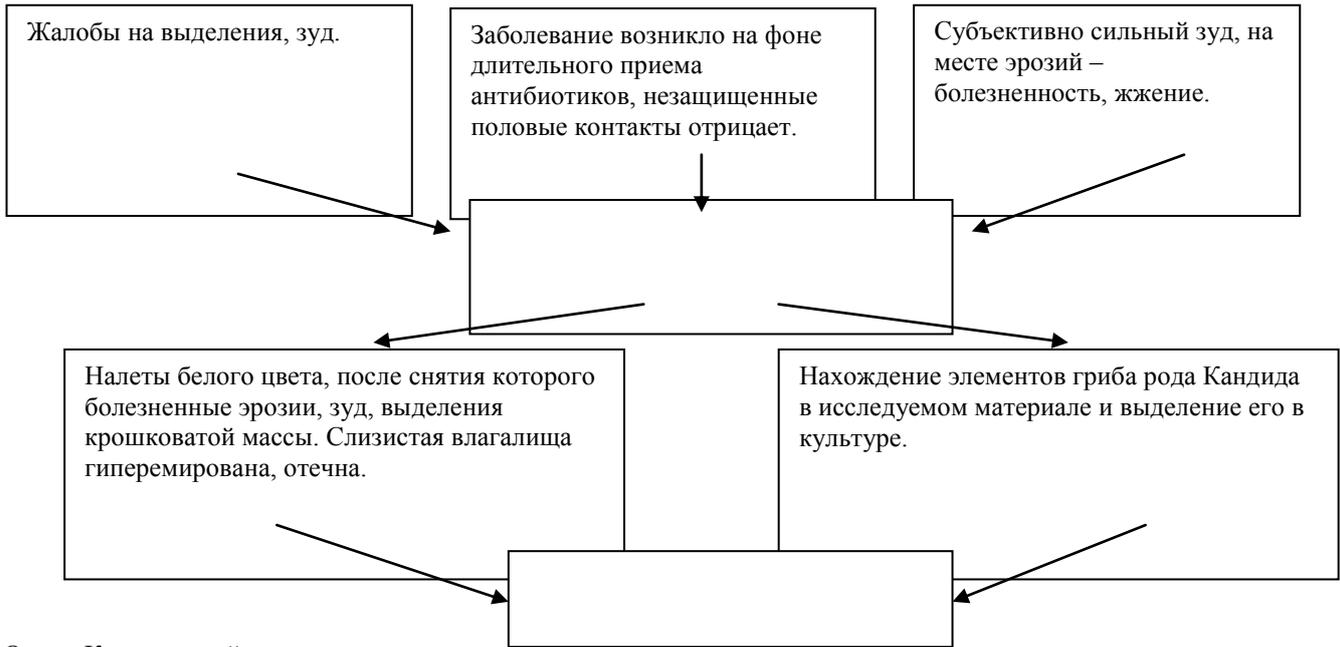
Ответ: Генитальный герпес.





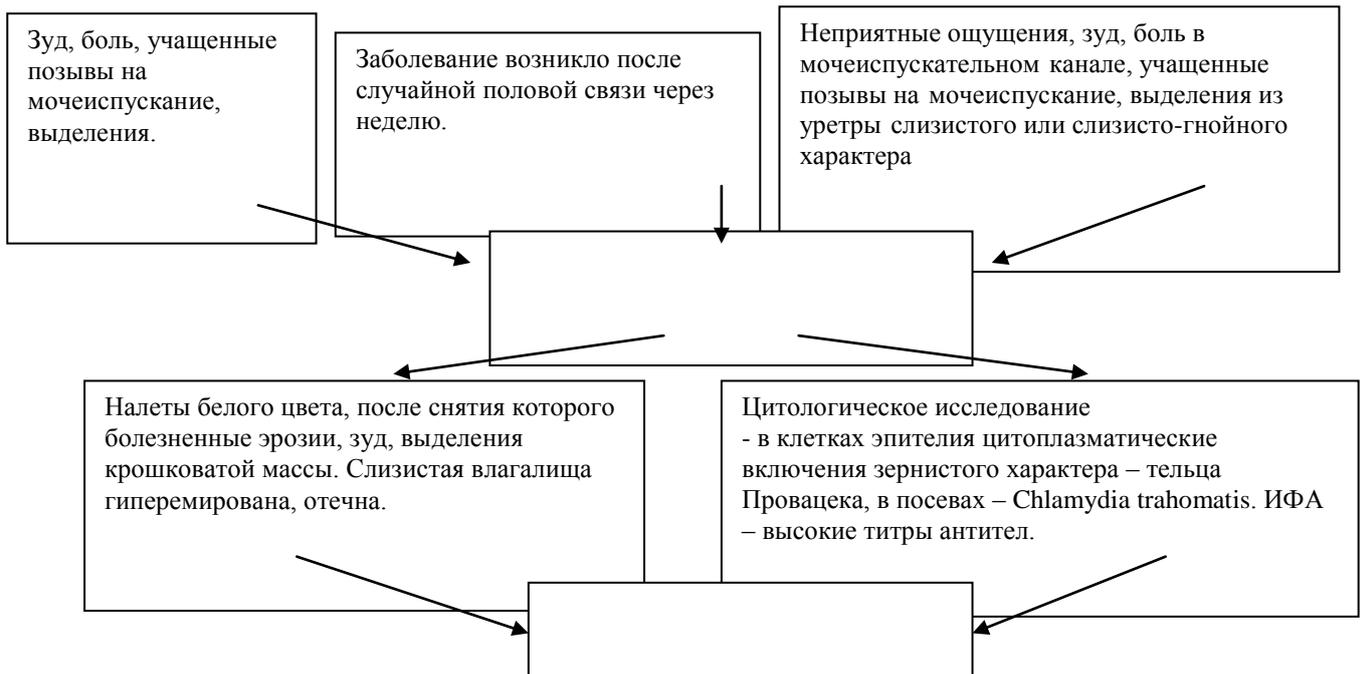
Ответ: Трихомонадный уретрит.

В) Составить алгоритм диагностики: Кандидоз половых органов.



Ответ: Кандидозный вульвовагинит.

С) Составить алгоритм диагностики: уrogenитального хламидиоза



Ответ: Хламидиозный уретрит.

Задание №4. ОЛКМС

Диагноз: ХЛАМИДИОЗ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ

. Возраст: 27 лет. Вес: 78кг

Клиника			Лабораторная			Интерпретация	Дифференциальный Диагноз				Стандарт лечения					
<p>Относится к венерическим заболеваниям. Часто принимает подострую, хроническую и персистентную формы. При хламидийном уретрите – неприятные ощущения, зуд, боль в мочеиспускательном канале, учащенные позывы на мочеиспускание, выделения из уретры слизистого или слизистогнойного характера и скудные. Хламидийный вульвовагинит может встречаться у детей, пожилых женщин, во время беременности – зуд несильный, жжение, скудные слизистые выделения.</p>			<p>Цитологическое исследование серологические методы (ИФА, РНИФ), изоляция возбудителя в культуре клеток, кожно-аллергическая проба. При микроскопии – крупные цитоплазматические включения в клетках эпителия – тельца Провасека.</p>			<p>Облигатные внутриклеточные бактерии</p>	<p>Разноцветный лишай - проведение йодной пробы позволяет дифференцировать сифилитическую лейкодерму от разноцветного лишая. Псориатические папулы - отличаются наличием на их поверхности серебристо-белых чешуек и наблюдением псориатической триады. Микотическая алопеция - волосы обламываются над поверхностью кожи, также поражается и сама кожа в виде гиперемии и шелушения</p>				<p>Антибиотикотерапия: 1. Макролидные антибиотики. 2. Тетрацилин по 0,5; 4 раза в сутки, принимать в течение 10 дней. Неспецифическая терапия: 3. Пиротерапия: Пирогенал в/м через день по схеме №10-12. 4. Биостимуляторы: Гумизоль по 2,0 в/м №10, Стекловидное тело по 2,0 в/м №10. 3. Rp.: Pyrogenali 100мкг №10 amp. D.S. В/м , ч/д, по схеме под наблюдением температуры тела. 4. Rp.: Humisoli 2,0 №10 in amp. D.S. В/м по 2,0 в течение 10 дней.</p>					
1,0	0,5	0	1,0	0,5	0	2,0	1,0	0	1,0	0	1,0	0,5	0	2,0	1,0	0
П/О	Н/О	нет	П/О	Н/О	нет	П/О	Н/О	нет	Н/О	нет	П/О	Н/О	нет	П/О	Н/О	нет

Заполнить оценочный лист клинического мышления студента
 Диагноз: СПИД., желудочно-кишечная форма.
 .Возраст: 1,5 мес. Вес: 2кг.

Клиника	Диагностика											Дифференциальный диагноз	Стандарт Лечения					
	Лабораторная			Интерпретация		Инструментальная			Интерпретация									
<p>Заражение происходит чаще половым путем. Частый стул до 10-15 раз в сутки, с примесью крови, слизи, гноя, боли в животе, тенезмы, слабость, отсутствие аппетита, сухость кожи, лихорадка, прогрессирующее похудание.</p> <p>Общее состояние тяжелое, истощен, ПЖК атрофирована, сухость кожных покровов и слизистых оболочек, живот при пальпации вздут, болезненный, печень увеличена +4см, плотноэластической консистенции.</p> <p>Пальпируются подчелюстные, подбородочные, заднешейные, подмышечные лимф. узлы, разм с фасоль, лесной орех, подвижные, безболезненные.</p>	<p>В общем анализе крови: лимфопения Иммунограмма: Т-хелперов менее 300 в 1мм, CD4/CD8 =0,7, повышение иммуноглобулино А и J. Положительные результаты иммуноферментного анализа, иммуноблотинга и иммунопреципитации. В ан. кала – лейкоциты, эритроциты св в большом количестве, сальмонеллы.</p>			<p>Резкое Снижение иммунитета, особенно Т-хелперов, Снижение иммунорегуляторного индекса.</p>		<p>УЗИ – холецистит, хр.гепатит. Рентген желудка – язва задней стенки желудка..</p>			<p>Состояние реактивного состояния печени.</p>			<p>Кишечные инфекции – имеют острый характер, поддаются стандартной терапии, протекают без резких изменений со стороны показателей иммунитета.</p>		<p>-Противовирусные препараты -Антибиотики -ангицидные препараты - Иммуностимуляторы -Цитостатики -Симптоматическая терапия</p>				
.	0,5	0	1,0	0,5	0	2,0	1,0	0	1,0	0,5	0	2,0	1,0		1,0	0,5	2,0	1,0
П/О	Н/О	нет	П/О	Н/О	нет	П/О	Н/О	нет	П/О	Н/О	нет	П/О	Н/О	нет	П/О	Н/О	П/О	Н/О

Задание №5

Дифференциальная диагностика гонококковой и негонококковой уретрита

Признаки	Уретрит гонококковой этиологии	Уретрит негонококковой этиологии
1.Фактор вызывающий заболевание	гонококки	Различные кокки, диплококки, тетракокки, стафилококки, стрептококки и.т.д.
2.Анамнез	Начало заболевания связывает с половым контактом с незнакомой или малознакомой женщиной.	Начало заболевание конкретно нечем не может связывать. Посторонние половые контакты отрицает
3.Характер поражения	Часто начинается и протекает остро с жжением и болезненностью во время мочеиспускания.	Часто протекает подостро с незначительными выделениями и субъективными ощущениями.
4.Заболевание преимущественно наблюдается	Любом возрасте	У взрослых

Задание №6

Дифференциальная диагностика переднего и тотального гонококкового уретрита

	Передний гонококковый уретрит	Тотальный гонококковый уретрит
1. Какая часть уретры поражается	Только передняя	Поражается весь уретра
2.Двух стаканная проба	В первом стакане моча мутная, вторая чистая	В обе стакане моча мутная
3 Характер субъективных ощущений	Жжение и болезненность в начале мочеиспускания	Жжение и болезненность в начале и в конце мочеиспускания
4.Осложнение	Менее осложняется	Часто дают различные осложнения

Задание №5.

Дифференциальная диагностика трихомониаза и кандидоза половых органов.

Заболевание	Кандидоз	Трихомониаз
1. Жалобы	Налеты белого цвета, после снятия которого болезненные эрозии, зуд, выделения крошковатой массы..	Желтоватые или зеленоватые выделения, жжение, зуд, болезненность при мочеиспускании.
2.Клинические проявления вульвовагинита	Беловатые, крошковидные выделения; слизистая оболочка влагалища гиперемирована, с белым	Желтовато-зеленоватые выделения пенистого

	налетом, поверхностными эрозиями; больных беспокоит зуд.	характера, жжение, зуд, дерматит внутренней поверхности бедер,
3.Лабораторная диагностика	Нахождение элементов гриба рода Кандида в исследуемом материале и выделение его в культуре.	Обнаружение паразитов в мазках и посевах.
4.Лечение	Этиотропное – нистатин, леворин, амфоглюкамин, низорал, орунгал, флуконазол, фунгикейр, при тяжелых формах – амфотерицин В. Местная терапия – клотримазол (вагинальные свечи и табл), 5-20% р-р буры в глицерине, флуколат.	Одновременное лечение обоих половых партнеров: метронидазол, тинидазол, наксогин. Стимулирующая, симптоматическая и местная терапия.
5. Профилактика	Выявление и лечение сопутствующих заболеваний, санирование половых партнеров, рациональное использование антибиотиков	Лечение больных, санация носителей, защищенные половые контакты

Задание №6 Интерактивное методы обучения.

В) Сценарий проведения интерактивного метода преподавания “Круглого стола”

1. Выбор темы: Нозологические формы гонореи.
 2. По кругу пускается лист бумаги с заданием.
 3. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому.
 4. Все записывают свои ответы, затем идет обсуждение: неправильные ответы зачеркивают.
 5. По количеству правильных ответов – оценивают знания студентов.
- Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:
- Свежий острый передней гонококковый уретрит.
 - Хронический тотальный гонококковый уретрит. Подострый течение.
 - Хронический гонококковый уретрит, эндоцервицит, эндометрит.
 - Острый уретрит, вульвовагинит гонококковой этиологии.
 - Гонобленорея
 - Хронический тотальный гонококковый уретрит, Осл: катаральный простатит.

Задание №7

Сценарий проведения интерактивного метода преподавания “Ручка в центре стола”

1. Выбор темы: Клиническая картина “Хронический тотальный гонококковый уретрит, Осл: катаральный простатит”
2. Объяснение задачи участникам: На один лист каждый студент записывает один вариант ответа и передвигает лист товарищу, при этом свою ручку передвигает в центр стола. При отсутствии ответа ручка остается на столе. Все ответы обсуждаются совместно в течение 10-15 минут, анализируются верные и неверные варианты и дается оценка каждого ответа.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- основная жалоба больного – выделение из мочеиспускательного канала особенно по утрам,
- боли в области промежности усиливающиеся во время дефекации.

- снижение потенции
- при бактериоскопии мазка приготовленной из отделяемого уретры обнаруживаются гонококки.
- при пальпации простаты через прямую кишку плотный, болезненный и увеличен в размере.
- при анализе сока простаты обнаруживаются эритроциты, лейкоциты и снижается количество лейцитиновых телец.
- объем сока простаты уменьшается.

Задание №6.

Сценарий проведения интерактивного метода преподавания «Ручка в центре стола»

1. Выбор темы: Лекарственные препараты, применяемые при кандидозе половых органов.
2. Объяснение задачи участникам: На один лист каждый студент записывает один вариант ответа и передает лист товарищу, при этом свою ручку передвигает в центр стола. При отсутствии ответа ручка остается на столе. Все ответы обсуждаются совместно в течении 10-15 минут, анализируются верные и неверные варианты и дается оценка каждого ответа.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- Нистатин
- Леворин
- Флуконазол
- Дифлюкан
- Канестен
- Флунол
- Фунгикейер
- Низорал
- Орунгал

Тесты

1. Клинические формы СПИДА (найти неверный ответ):

Системная форма
 Легочная форма
 Неврологическая форма
 Желудочно-кишечная форма
 Лихорадочная форма

2. ВИЧ в основном поражает:

T-хелперы
 T-супрессоры
 T-киллеры
 В-лимфоциты
 Кровеносные сосуды

3. Пути передачи ВИЧ:

Половой, вертикальный, гемотрансфузионный
 Половой, вертикальный, контактно-бытовой
 Половой, вертикальный, кровососущие насекомые
 Половой, кровососущие насекомые, гемотрансфузионный
 Половой, контактно-бытовой, гемотрансфузионный

4. Основные кожные проявления СПИДа (найти неверный ответ):

- А. Частые паразитарные заболевания кожи
- В. Саркома Капоши
- С. Часто рецидивирующие вирусные заболевания кожи
- Д. Часто рецидивирующие грибковые заболевания кожи
- Е. Тяжело протекающие гнойничковые заболевания кожи

5. Возбудитель гонореи – гонококк – относится:

- А. К парным коккам грам-отрицательным
- В. К парным коккам грам-положительным
- С. Коккобацилам грам-отрицательным
- Д. Коккобацилам грам-вариабельным
- Е. К парным коккам грам-вариабельным

6. Различают следующие клинические формы гонореи, кроме:

- А. Латентной
- В. Свежей подострой
- С. Свежей торпидной
- Д. Свежей острой
- Е. Хронической

7. Методы провокации при гонорее (указать неверный ответ) :

- А. Искусственная.
- В. Алиментарная.
- С. Биологическая.
- Д. Химическая.
- Е. Физическая

8. Основные профилактические меры при венерических заболеваниях:

- А. Все перечисленные
- В. Защищенный секс
- С. Избежание беспорядочных половых контактов
- Д. Пользование услугами анонимного обследования
- Е. Разъяснительные работы среды населения

9. Местное лечение уретритов у женщин проводится всеми перечисленными методами, кроме:

- А. Бужирование
- В. нстиляция
- С. Промывание уретры
- Д. Физиотерапевтических воздействий
- Е. Массаж уретры

10. Гонорейно-хламидийно-уреоплазменную инфекцию целесообразно лечить препаратами перечисленных групп, кроме:

- А. Нитроимидозолов
- В. Тетрациклин
- С. Макролидов
- Д. Фторхинолонов
- Е. Хинолонов

7. Ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1

В родильном доме у новорожденного на 2 день жизни из левой глазной щели началось выделяться серрозно-гнойное жидкость, на следующий день количество гноя увеличилось и такое же изменение появилось в правом глазе. При осмотре веки отечные, склеры глаз гиперемированы, сосуды расширены, при давлении по боком глазных яблок отмечается гнойное отделяемое. Ребенок беспокойный, плохо спит.

1. О каком диагноза можно думать?
2. Для уточнения диагноза какие исследования надо провести?
3. Назовите возбудителя заболевания?
4. Ваша врачебная и лечебная тактика.

Эталон ответа:

1. Гонобленорея.
2. а). Из отделяемой глазной щели приготовить мазок, окрашивать по Грамму и провести бактериоскопию. б). Из отделяемое из уретры, цервикального канала и влагалища матери приготовить мазок и бактериоскопироват.
3. Внутри и внеклеточные диплококки (гонококки).
4. Надо вызывать венеролога и ребенку с матерью перевести кож-венерический диспансер.

Ситуационная задача №2

К приему врача обратился мужчина 32 года, женат с жалобами на незначительное жжение и болезненность при мочеиспускании. Бльным себя считает последней 3-4 дня, когда утром во время мочеиспускания заметил незначительное жжение, на следующий день утром заметил слизистое отделяемое из уретры и появилось с жжением еще болезненность в начале мочеиспускания. Занималось самолечением сделал местные ванночки с марганцовкой, после чего выделение незначительно уменьшалось, но по утрам имеется гноенное отделяемое в связи чего и обратился венерологу. Со слов больной 15 дней тому назад был в половом контакте в пьяном состоянии малознакомой женщиной, другие половые контакты отрицает

1. О каком заболеваниях можно думать?
2. Какие обследования надо провести и на какие инфекции?
3. Здесь есть необходимости провести провокацию? Если да то каким образом?
4. Объем работы венеролога при данном случае?

Эталон ответа:

1. Можно думать о гонорее, трихоманиазе, кандидозе, хламидии, микоплазме и о неспецифическом уретрите.
2. а). Надо приготовить мазок из отделяемой уретры, после окрашивания по Грамму бактериоскопироват, б). Провести параллельное обследование на все инфекции передаваемое половым путем с помощью ПЦР.
3. Отделяемое из уретры скудное в связи, чем необходимо провокация (алиментарная).
4. Полное обследование больного на ЗППП. Обследовать всех членов семьи на заболевание выявленной у больного. Найти и обследовать половых партнеров больного.

Ситуационная задача №3

На прием венеролога обратилась девушка 19 лет с жалобами на болезненность при мочеиспускании и гнойное выделение из половой щели. Первые признаки появились 2- дня тому назад. Свою заболелание связывает с изнасилованием 10 дней тому назад.

При осмотре наружное отверстие мочеиспускательного канала гиперемировано отечная, из уретры отделяется гной зеленовато-желтого цвета, такое выделение видно из цервикального канала при зеркальном осмотре. Лимфатические узлы не увеличены. Температура тела нормальная. Больная не замужем.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Составьте план обследования больного?
3. Врачебная тактика при лечении и ведении больного.

Эталон ответа:

1. Можно думать о гонорее, трихомониазе, хламидиозе, кандидозе.
2. Бактериоскопическое исследование мазка приготовленный из стенки уретры, вагины и. цервикального канала.
3. Установит источника заболевания здесь невозможно по этому после специфической лечения больного необходимо проводить превентивное лечение на сифилис.

Ситуационная задача № 4

У женщины 29 лет, через 7 дней после незащищенного полового контакта появились пенные выделения зеленого цвета, с неприятным запахом, сопровождающиеся зудом, жжением.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Лечебная тактика?

Эталон ответа:

1. Вульвовагинит трихомонадной этиологии.
2. С другими венерическими заболеваниями: гонореей, хламидиозом, уреаплазмой, кандидозом, неспецифические воспалительные инфекции, гормональными нарушениями.
3. Этиотропная терапия: метронидазол, тинидазол, стимулирующая и местная терапия.

Ситуационная задача № 5

Женщина 42 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на выделения из половых органов, зуд. Объективно в зеркалах: Гиперемия слизистой влагалища, белые налеты, выделения крошковатого, творожистого характера. При микроскопии – большое количество почкующихся клеток, псевдомицелий.

1. Ваш диагноз?
2. Лечебная тактика?

Эталон ответа:

1. Кандидозный вульвовагинит.
2. Противогрибковые препараты: нистатин, леворин, флунол, фунгикейр, клотримазол.
- 3.

8. Задания для самостоятельной работы и УИРС

- составить алгоритм диагностики

Темы УИРС:

- Клиника и течение гонореи у девочек.
- Хронический неспецифический уретрит.

- Клиника и течение кандидоза половых органов.
- Профилактика венерических заболеваний.
- Диагностика и профилактика TORCH-инфекций

9. Критерии оценки занятия.

Отлично 86-100 балл	Заключение и выводы. Правильное клиническое мышление. Самостоятельное мышление. Практические навыки. Правильное мышление и объяснение материала	У студента есть полные сведения о возбудителе СПИДа, гонореи и негонококковых уретритов, путях передачи, классификации, течении, клинике, осложнениях у мужчин и женщин, диагностических критериях, дифференциальном диагнозе, лечении и профилактике. Знает и умеет проводить методов провокации. Клиническое формы и кожное проявление СПИДа, течение гонореи у девочек и гонобленорреи. Знает основные принципы лечения и пути профилактики перечисленных заболеваний.
Хорошо 71-85 баллов	Правильное клиническое мышление. Самостоятельное мышление. Практические навыки. Правильное мышление и объяснение материала.	Имеет общие сведения о возбудителе СПИДа, гонореи, путях передачи, классификации, течении, клинике, осложнениях у мужчин и женщин, диагностических критериях, дифференциальном диагнозе, лечении и профилактике. Методы провокации, используемые при гонорее. Клиническое формы СПИДа, гонореи.
Удовлетворительно 55-70 баллов	Правильное мышление и объяснение материала.	Имеет смутное представление о возбудителе СПИДа, гонореи, путях передачи, классификации, течении, клинике, осложнениях у мужчин и женщин, диагностических критериях, дифференциальном диагнозе, лечении и профилактике.
Неудовлетворительно менее 55 баллов	Не имеет понятия	Не имеет понятия о возбудителе СПИДа, гонореи, путях передачи, классификации, течении, клинике, осложнениях у мужчин и женщин, диагностических критериях, дифференциальном диагнозе, лечении и профилактике. Не знает методы провокации, используемые при гонорее (алиментарная, химическая, физическая, биологическая, механическая, физиологическая)

10. Контрольные вопросы.

1. Эпидемиология ВИЧ-инфекции, группы риска инфицирования.
2. Клинические формы СПИДа (легочная, неврологическая, желудочно-кишечная, лихорадочная).
3. Саркома Капоши (висцеральный и дермальный типы).
4. Кожные проявления при СПИДе.
5. Критерии распознавания инфекции ВИЧ.

- 6.Лабораторные исследования при СПИДе.
- 7.Профилактика ВИЧ-инфекции
- 8.Этиология и патогенетические звенья развития гонореи, гонобленореи и негонококковых уретритов
- 9.Хламидийная инфекция урогенитального тракта (клинические проявления, урогенитальные хламидиозы у детей, болезнь Рейтера, лечение, осложнения).
- 10.Кандидоз мочеполовых органов (клиника у мужчин, женщин и детей, общая и местная терапия).
- 11.Общие принципы лечения больных с гонореей и негонококковых уретритов и его осложнениями;
- 12.Методы диспансеризации
- 13.Профилактика.

Оснащение практического занятия:

Тематические больные

Таблицы по СПИД.

Фильм по СПИД

Таблицы “Классификация и нозологические формы гонореи”, “Гонорея у мужчин и женщин”, “Гонорея у девочек”, “Гонобленорея”

Муляжи

Слайды по гонорее.

Сценарий методов работы в малых группах

Ситуационные задачи