

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Методические указания к занятию по теме: « Осмотр дерматологического больного. Принципы наружной терапии »

Цель: обучение правилам осмотра дерматологического пациента, умению собрать анамнез у дерматологического больного, описывать дерматологический статус, умению интерпретировать лабораторные методы исследования. Обучение принципам наружной терапии.

Задачи: изучить основные принципы и методы диагностики и наружной терапии кожных болезней.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор, обучение с использованием дерматологических атласов и клинических слайдов.

Ординатор должен знать:

1. Основные методы диагностики кожных болезней;
2. Высыпные элементы и состояния кожи
3. Методику описания пораженной и видимо неизменной кожи.
4. Принципы выбора средства наружной терапии.

Ординатор должен уметь:

1. Собрать анамнез у дерматологического больного;
2. Оценить общее состояние, состояние кожного покрова;
3. Дать подробное описание кожного статуса;
4. Интерпретировать лабораторные методы исследования;

Ординатор должен владеть:

1. Навыками обследования дерматологического больного
2. Дополнительными методами обследования кожи
3. Навыками правильного подбора наружного индифферентного средства в зависимости от остроты воспалительного процесса.

Учебно-тематический

Лекции – 1 час

Практические занятия – 2 часа

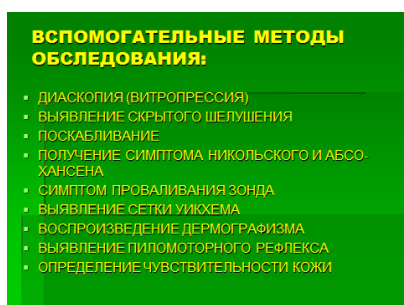
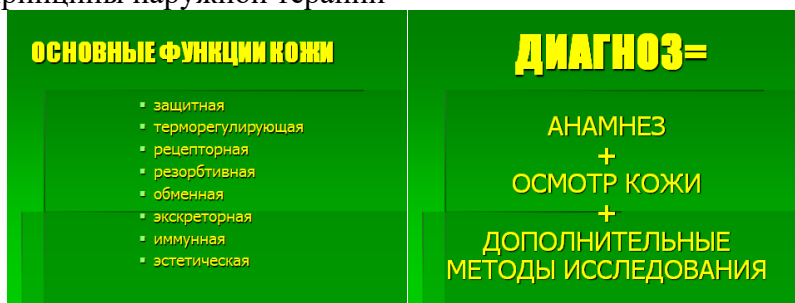
Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 5 часов

План лекции:

1. строение и функции кожи
2. осмотр
3. сбор анамнеза
4. оценка общего состояния больного
5. локальный статус

6. специальные методы обследования в дерматологии
7. лабораторные методики
8. аллергологические пробы
9. высыпные элементы и патологические состояния кожи
10. методика написания дерматологического статуса
11. принципы наружной терапии



Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов
4. Воспроизведение и интерпретация исследований (*диаскопия, граттаж, симптом Никольского, выявление скрытого шелушения, сетки Уикхема, симптом проваливания зонда, выявление пилomotorного рефлекса, дермографизма*)
5. Решение ситуационных задач.

6. Отработка практических навыков: обследование пациентов с *дерматологической патологией*. Написание дерматологического статуса.

Перечень вопросов для собеседования

1. Сбор анамнеза у дерматологического больного.
2. Оценка общего состояния, состояния кожного покрова.
3. Описание локального статуса.
4. Специальные методы диагностики в дерматологии.
5. Интерпретация лабораторных методов исследования.
6. Принципы выбора средства для наружной терапии

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Общая дерматология (Общая патология кожи, высыпные элементы, методика обследования кожного больного, принципы наружной терапии)»

	На 2 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	4 мин
Тестирование	9 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	18 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков	45 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	9 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	5 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование

Фонд оценочных средств:*Тесты*

001. Назовите первичные элементы:

- 1) пятно, папула, эрозия, бугорок;
- 2) узел, узелок, пустула, бугорок;
- 3) бугорок, пятно, волдырь, корка, узел;
- 4) папула, бугорок, язва, узел;
- 5) пятно, лихенификация, струп, узел, узелок.

002. Назовите первичные полостные элементы

- 1) пузырек, пузырь, папула;
- 2) пузырек, пузырь, пустула;
- 3) пустула, волдырь, пузырек;
- 4) волдырь, пустула, пятно;
- 5) пустула, пятно, бугорок.

003. Перечислите первичные бесполостны элементы:

- 1) пузырь, пузырек, волдырь, пятно;
- 2) волдырь, папула, пузырек, пузырь;
- 3) папула, бугорок, пятно, волдырь;
- 4) гнойничок, папула, пузырь, пузырек;
- 5) пузырь, пузырек, волдырь, корка.

004. В каком сочетании представлены только первичные элементы?

- 1) пятно, папула, пузырек, бугорок, узел, волдырь;
- 2) пятно, рубец, пузырек, язва, узел, волдырь;
- 3) пятно, рубец, корка, язва, эрозия, волдырь;
- 4) бугорок, рубец, корка, трещина, эрозия, волдырь;
- 5) узел, рубец, трещина, эрозия, волдырь.

005. В каком сочетании представлены только вторичные морфологические элементы?

- 1) пятно, рубец, пузырек, язва, узел, волдырь;
- 2) пятно, рубец, корка, язва, эрозия, волдырь;
- 3) пятно, рубец, пузырек, язва, узел, волдырь;
- 4) язва, эрозия, трещина, корка, рубец, лихенизация;
- 5) язва, бугорок, узел, корка, рубец, лихенизация.

006. Укажите, в каком сочетании элементов представлен истинный полиморфизм:

- 1) папула, эрозия, трещина, язва;
- 2) эритема, бугорок, папула, волдырь, пустула;
- 3) пятно, эксфолиация, трещины;
- 4) телеангиэктазия, розеола, вегетации, язва, рубцы;
- 5) пузырь, эрозия, корки.

007. Укажите, в каком сочетании элементов представлен ложный полиморфизм

- 1) бугорок, язва, рубец;

- 2) эритема, бугорок, папула, волдырь, пустула;
- 3) пятно, эксфолиация, трещины;
- 4) телеангиэктазия, розеола, вегетации, язва, рубцы;
- 5) пузырь, волдырь, корки.

008. Что такое ложный полиморфизм?

- 1) это – сочетание первичных и вторичных морфологических элементов;
- 2) это – сочетание первичных морфологических элементов;
- 3) это – сочетание ложных морфологических элементов;
- 4) это – сочетание истинных морфологических элементов;
- 5) нет верного ответа.

009. Граттаж это:

- 1) надавливание на сыпной элемент пуговчатым зондом
- 2) надавливание на сыпной элемент предметным стеклом
- 3) поскабливание
- 4) потягивание пинцетом за крышечку пузыря

010. В диагностике пузырных дерматозов необходимо

- 1) оценка дермографизма
- 2) граттаж
- 3) выявление симптома Никольского
- 4) выявление скрытого шелушения
- 5) витропрессия

011. В диагностике псориаза применяют

- 1) оценка дермографизма
- 2) граттаж
- 3) выявление симптома Никольского
- 4) выявление скрытого шелушения
- 5) витропрессия

012. В диагностике разноцветного лишая применяют

- 1) оценка дермографизма
- 2) граттаж
- 3) выявление симптома Никольского
- 4) выявление скрытого шелушения
- 5) витропрессия

013. Какие сыпные элементы в результате эволюции не могут образовывать эрозии?

- 1) волдырь
- 2) пустула
- 3) пузырь
- 4) пузырек
- 5) папула

014. Какие сыпные элементы бесследно разрешаются в течение 1 суток?

- 1) пузырь
- 2) папула
- 3) волдырь
- 4) пустула
- 5) бугорок

015. Показанием для применения примочки и влажно-высыхающей повязки является

- 1) острое воспаление с мокнутием
- 2) острое воспаление без мокнутия
- 3) подострое воспаление
- 4) подострое воспаление в сочетании с сухостью
- 5) хроническое воспаление

016. Показанием для применения пасты является

- 1) острое воспаление с мокнутием
- 2) острое воспаление без мокнутия
- 3) подострое воспаление
- 4) подострое воспаление в сочетании с сухостью
- 5) хроническое воспаление

017. Показанием для применения крема является

- 1) острое воспаление с мокнутием
- 2) острое воспаление без мокнутия
- 3) подострое воспаление
- 4) подострое воспаление в сочетании с сухостью
- 5) хроническое воспаление

018. Показанием для применения пасты является

- 1) острое воспаление с мокнутием
- 2) острое воспаление без мокнутия
- 3) подострое воспаление
- 4) подострое воспаление в сочетании с сухостью
- 5) хроническое воспаление

019. Показанием для применения мази является

- 1) острое воспаление с мокнутием
- 2) острое воспаление без мокнутия
- 3) подострое воспаление
- 4) подострое воспаление в сочетании с сухостью
- 5) хроническое воспаление

019. Показанием для применения присыпки является

- 1) острое воспаление с мокнутием
- 2) острое воспаление без мокнутия
- 3) подострое воспаление
- 4) подострое воспаление в сочетании с сухостью
- 5) хроническое воспаление

Контрольные вопросы

1. Условия для осмотра дерматологического больного

2. Понятие о первичных и вторичных высыпных элементах
3. Понятие о патологических состояниях кожи
4. Дополнительные методы исследования
5. Подбор средств наружной терапии

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

Методические указания к занятию по теме: «Аллергические дерматозы (контактные дерматиты, токсидермии, синдром Лайела, атопический дерматит)»

Цель: обучение диагностике, дифференциальной диагностике и принципам терапии контактных дерматитов и токсикодермий. Закрепить знания по диагностике атопического дерматита и его степени тяжести, осложнения. Усвоить основные принципы лечения атопического дерматита.

Задачи: Изучить принципы диагностики и лечения контактных дерматитов и токсикодермий. Рассмотреть современные представления об этиологии, патогенезе, принципах терапии и профилактики атопического дерматита. Усвоить критерии диагностики атопического дерматита.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор.

Ординатор должен знать:

1. принципиальное отличие аллергического контактного дерматита и простого контактного дерматита;
2. принципиальное отличие аллергического контактного дерматита и токсикодермии;
3. клиническую картину токсикодермий и контактных дерматитов
3. принципы терапии контактных дерматитов и токсикодермии.
4. Критерии диагностики атопического дерматита;
5. Клиническую картину атопического дерматита;
6. Принципы обследования и терапии атопического дерматита

Ординатор должен уметь:

1. провести дифференциальную диагностику между аллергическим контактным дерматитом и простым контактным дерматитом;
2. провести дифференциальную диагностику между аллергическим контактным дерматитом и токсикодермией;
3. назначить наружную терапию контактных дерматитов
4. знать тактику лечения при подозрении на синдром Лайела
5. Оценить тяжесть атопического дерматита про помощи индекса SCORAD
6. Назначить обследование пациенту с атопическим дерматитом;
7. Назначать терапию атопического дерматита в зависимости от тяжести заболевания и преобладающих клинических проявлений;

Ординатор должен владеть:

1. навыками обследования дерматологического больного
2. дополнительными методами обследования кожи
3. знаниями об оказании неотложной помощи пациенту с подозрением на синдром Лайела

Учебно-тематический план темы:

Лекции – 1 час

Практические занятия – 2 часа

Самостоятельная работа – 1 час

Всего – 4 часа

План лекции:

1. классификация контактных дерматитов
2. клиническая картина контактных дерматитов
3. лечение контактных дерматитов
4. классификация токсикодермий
5. клиническая картина токсикодермий
6. лечение токсикодермий
7. синдром Лайела
8. атопический дерматит. Этиология, эпидемиология и патогенез. Клиническая картина. Принципы терапии и профилактики.

СЛАЙДЫ

<p>Дерматиты (dermatitis)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ воспалительные заболевания кожи, развивающиеся в результате непосредственного контакта с внешними повреждающими факторами физической и химической природы	<p>Причинами контактных дерматитов являются:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 1. Физические факторы - трение, давление, высокие и низкие температуры, инфракрасные, ультрафиолетовые, рентгеновские лучи, ионизирующая радиация, электрический ток, лазерное излучение.▪ 2. Химические факторы – кислоты, щелочи, соли, сложные органические соединения и пр.
<p>Контактные дерматиты</p>  <p>простые аллергические</p>	<p>Простой контактный дерматит</p> <ul style="list-style-type: none">▪ воспалительные изменения кожи возникают сразу после действия повреждающего фактора▪ площадь простого дерматита равна площади воздействия фактора▪ границы поражения четкие▪ клиника зависит от интенсивности и времени воздействия фактора▪ жалобы на боль и жжение▪ зуд не характерен.
<p>Аллергический дерматит</p> <ul style="list-style-type: none">▪ воспаление кожи, сенсibilизированной к определенному аллергену, в области его непосредственного контакта в результате развития аллергической реакции замедленного типа	<p>Часто вызывают аллергические дерматиты</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Противомикробные средства (пенициллины, сульфаниламиды, неомицин, синтомицин)▪ Антигистаминные (димедрол)▪ Анестетики▪ Антисептики▪ Растения▪ Соли металлов (хрома, никеля, ртути)▪ Косметические средства▪ Индустриальные агенты (эпоксидные смолы и др.)▪ Инсектициды и репелленты (спреи)

АТОПИЧЕКИЙ ДЕРМАТИТ

- АД – это наследственно обусловленное хроническое заболевание всего организма с преимущественным поражением кожи, для которого характерны поливалентная гиперчувствительность и эозинофилия в периферической крови.

ОСНОВНЫЕ диагностические критерии АД (Hanifin and Rajka 1980)

- зуд
- типичные для возрастной фазы клинические проявления
- хроническое или хронически-рецидивирующее течение
- персональный или семейный atopический анамнез

(3 и более)

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов
4. Решение ситуационных задач.
5. Отработка практических навыков: оценка степени тяжести atopического дерматита с использованием шкалы SCORAD.

Перечень вопросов для собеседования

1. классификация контактных дерматитов.
2. классификация простых контактных дерматитов по причинному фактору
3. принципы терапии простых контактных дерматитов
4. клиническая картина простого контактного дерматита
5. клиническая картина atopического контактного дерматита
7. принципы терапии atopических контактных дерматитов
8. клиническая картина токсикодермий
9. принципы терапии токсикодермий
10. дифференциальная диагностика контактных дерматитов и токсикодермий
11. Синдром Лайела: клиническая картина
12. Этиология и патогенез atopического дерматита.
13. Клиническая картина и принципы диагностики и оценки степени тяжести atopического дерматита.
14. Принципы обследования и терапии пациента с atopическим дерматитом.

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «**Аллергические дерматозы (дерматиты, токсидермии, синдром Лайела, зудящие дерматозы)**»

	На 2 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	4 мин
Тестирование	9 мин
Обсуждение теоретических вопросов,	18 мин

заслушивание докладов	
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков	45 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	9 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	5 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы
Участие в научно-исследовательской работе кафедры	Доклады Публикации
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участников
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

Дерматиты, обусловленные биологическими факторами.

Фитодерматиты.

Инфекционные осложнения атопического дерматита

Основные темы докладов:

Фотодерматиты.

Принципы подбора средств базового ухода за кожей.

Варецеллеформный пустулез Капоши.

Фонд оценочных средств:

Тесты

001. Облигатными раздражителями являются:

- 1) концентрированные растворы минеральных кислот и щелочей
- 2) полимеры
- 3) растворы лекарственных препаратов
- 4) слабые растворы кислот
- 5) слабые растворы щелочей

002. Контактный простой дерматит не вызывают:

- 1) физические факторы
- 2) биологические факторы
- 3) химические факторы (кислоты)
- 4) химические факторы (щелочи)
- 5) аллергены

003. К клиническим разновидностям простого контактного дерматита не относится:

- 1) солнечный дерматит
- 2) лучевой дерматит
- 3) кожный зуд
- 4) фитодерматит
- 5) потертости

004. Интертриго – это:

- 1) повреждение кожи, вследствие длительного воздействия давления или трения
- 2) повреждение кожи, возникающее в результате местного воздействия на кожу термических факторов
- 3) это дерматит, который развивается под воздействием различных видов ионизирующей радиации
- 4) это дерматит, возникающий при мацерации и трении
- 5) это острое воспалительное поражение кожи, представляющее собой аллергическую реакцию на введение в организм веществ, обладающих сенсибилизирующими свойствами

005. Для клинической картины контактного простого дерматита не характерно:

- 1) боль
- 2) жжение
- 3) эритема
- 4) нерезкие границы
- 5) четкие очертания

006. К физическим факторам, которые могут вызывать контактный дерматит, относятся:

- 1) растения
- 2) воздействия низких и высоких температур
- 3) кислоты
- 4) щелочи
- 5) полимеры

007. Диагностическими признаками контактного аллергического дерматита не являются:

- 1) положительные кожные пробы
- 2) характерная локализация
- 3) наличие пузырей
- 4) наличие микровезикул
- 5) отечность

008. При контактном аллергическом дерматите наименее поражаются:

- 1) веки
- 2) шея
- 3) половые органы
- 4) руки
- 5) ладони

009. Клинические признаки крапивницы:

- 1) пузыри
- 2) рубцы
- 3) бугорки
- 4) волдыри
- 5) узлы

010. Первичный морфологический элемент сыпи при острой крапивнице:

- 1) пятно
- 2) пузырек
- 3) волдырь
- 4) пузырь
- 5) узелок

012. При лечении крапивницы и ангионевротического отека используют:

- 1) кортикостероиды
- 2) тигазон
- 3) рентгенотерапию
- 4) ПУВА-терапию
- 5) гемодез

013. В лечении контактного аллергического дерматита важны:

- 1) устранение контакта с аллергеном
- 2) назначение цитостатиков
- 3) гипосенсибилизирующая терапия
- 4) топические глюкокортикоиды

014. Перечислите клинические признаки синдрома Лайелла.

- 1) нарушение общего состояния
- 2) наползающая эритема
- 3) положительный симптом Никольского
- 4) болезненность кожи
- 5) анизокория
- 6) гипергидроз

015. Атопический дерматит чаще дебютирует:

- 1) в грудном возрасте
- 2) раннем детском
- 3) дошкольном
- 4) школьном
- 5) 1,2

016. Клинические формы атопического дерматита:

- 1) лихеноидная
- 2) пруригинозная
- 3) смешанная
- 4) экзематозная
- 5) все выше перечисленное верно

017. Лихеноидные папулы при атопическом дерматите:

- 1) полигональные
- 2) плоские
- 3) розово-серые
- 4) в области сгибов
- 5) все выше перечисленное верно

018. наиболее типичные места лихенификации при атопическом дерматите:

- 1) в локтевых изгибах
- 2) в подколенных ямках
- 3) на задней поверхности шеи
- 4) на половых органах
- 5) на ягодицах
- 6) все выше перечисленное верно

019. Обострениям атопического дерматита способствуют:

- 1) паразитарные инвазии
- 2) заболевания ЖКТ
- 3) продукты- гистаминолибераторы
- 4) контакты с пылью
- 5) все выше перечисленное верно

020. Наиболее частые инфекционные осложнения при атопическом дерматите:

- 1) стафилодермии
- 2) варцеллеформный пустулез Капоши
- 3) кандидоз
- 4) стрептодермия
- 5) бородавки
- 6) эпидермофитии
- 7) все выше перечисленное верно

021. Лечение больных атопическим дерматитом:

- 1) детоксицирующая терапия
- 2) улучшение микроциркуляции
- 3) дегельминтизация
- 4) базовый уход за кожей

5) наружная противовоспалительная терапия

6) все выше перечисленное верно

022. К основным критериям Ханнифина и Райки относится:

1) индивидуальная или семейная история атопического заболевания

2) кожный зуд

3) белый дермографизм

4) повышенный уровень IgE

5) типичная морфология и локализация

6) хронически-рецидивирующее течение

7) шелушение

8) начало в детском возрасте

023. Для варещелеформного пустулеза Капоши характерно:

1) болеют исключительно дети от 5-6 месяцев до 2-х лет

2) для лечения обязательно назначение системных глюкокортикоидов в больших дозах

3) возникает у пациентов с экземой или атопическим дерматитом

4) является осложнением простого контактного дерматита

024. Фазы атопического дерматита

1) младенческая

2) детская

3) юношеская

4) взрослая

5) зрелая

6) сенильная

Контрольные вопросы

1. Клинические отличия простого и аллергического контактных дерматитов.
2. Перечислите клинические признаки синдрома Лайелла.
3. Дайте определение понятия «токсидермия».
4. Приведите классификацию простых дерматитов в зависимости от вызывающих их причин.
5. Принципы неотложной терапии при тяжелых токсидермиях.
6. Перечислите наиболее частые физические причины простых дерматитов.
7. Назовите признаки, отличающие токсидермию от аллергического дерматита.
8. Назовите возможные химические причины простых дерматитов.
9. Какими высыпными элементами может проявляться токсидермия?
10. Назовите основные отличия аллергических и простых дерматитов.
11. Перечислите биологические факторы, которые могут вызвать простой дерматит.
12. Приведите этиологическую классификацию токсидермий.
13. Какими высыпными элементами могут проявляться острые простые дерматиты?
14. Назовите медикаменты, которые могут вызывать профессиональные аллергические дерматиты у медицинских работников.
15. Перечислите показания к назначению общей терапии глюкокортикоидными гормонами при токсикодермии.
16. Назовите клинические признаки общие для простых и аллергических дерматитов.
17. Назовите медикаменты, наиболее часто вызывающие фиксированную токсидермию.
18. Назовите основные признаки симуляционных дерматитов.
19. Фазы атопического дерматита

20. Дифференциальная диагностика атопического дерматита
21. Принципы наружной терапии атопического дерматита
22. Перечислить основные и дополнительные диагностические критерии атопического дерматита
23. Критерии диагностики атопического дерматита;
24. Тактика лечения пациента с подозрением на синдром Лайела
25. Неотложная помощь пациенту с подозрением на синдром Лайела

Ситуационные задачи

1) В хирургическое отделение больницы был приглашен на консультацию дерматолог для осмотра послеоперационного больного. При осмотре на коже правой подвздошной области вокруг послеоперационного шва имела интенсивная гиперемия кожи без четкой границы. Больного беспокоил сильный зуд. Края послеоперационного шва были без признаков нагноения. Общее состояние больного удовлетворительное, температура нормальная. Известно, что в течение 4 дней в зоне кожного поражения клеолом фиксировалась послеоперационная повязка.

Предположительный диагноз, его обоснование и врачебная тактика.

Аллергический контактный дерматит

2) К больной 30 лет был вызван врач скорой помощи. При осмотре на дому было констатировано тяжелое состояние: сознание спутано, температура 39.9°C, дыхание учащено, хриплое. На всем кожном покрове обильная пятнистая сыпь, на голених – с геморрагическим характером. На коже лица, груди, живота сыпь сливается в обширные участки эритемы величиной более двух ладоней, на коже спины наблюдаются вялые пузыри. При потягивании за покрывку пузыря она легко разрывается и отслаивается за исходные границы пузыря на 2.5–3 см. При дотрагивании до кожи выражена болезненность. Лицо отечно, глазные щели сужены за счет отека век.

Со слов родственников, больная в течение недели принимала сульфадимезин и аспирин по поводу катаральной ангины. Препараты были назначены участковым терапевтом.

Предположительный диагноз и его обоснование. Тактика врача скорой помощи в подобных ситуациях. Дальнейшие мероприятия. Принципы терапии.

Синдром Лайела

3) К врачу-дерматологу обратилась женщина с жалобами на отечность, жжение, зуд кожи лица, шеи, зудящие высыпания на коже верхних конечностей. Из анамнеза известно, что в течение последних трех лет больная применяла в косметических целях импортную тушь для ресниц. Спустя несколько дней после первого применения туши больная стала отмечать к концу дня зуд кожи век, затем появилось легкое покраснение. На короткое время больная прекращала использование туши, затем снова возобновляла его, что в конечном итоге стало приводить к значительному отеку и гиперемии век. Больная по собственной инициативе смазывала веки преднизолоновым кремом, что быстро купировало поражение. Последний раз применила тушь 3 дня назад, в результате чего появился распространенный отек кожи лица, гиперемия и отек кожи шеи,

мелкопапулезные высыпания на коже лба, мелкопапулезные зудящие высыпания на разгибательной поверхности предплечий, нарастающее чувство зуда.

Предположительный диагноз, его обоснование и врачебная тактика.

Аллергический контактный дерматит

4) У пациентки на коже разгибательной поверхности левого плеча имеется круглый очаг синюшно-красного цвета 8×7 см с довольно четкими границами. Из анамнеза известно, что на этом же месте несколько месяцев назад был аналогичный очаг, что совпало с приемом бисептола.

Предположительный диагноз, его обоснование и врачебная тактика.

Фиксированная токсикодермия

5) В клинику кожных болезней поступила женщина 41 года с жалобами на сильный зуд, жжение и мокнутие кожи правого предплечья и кисти. При осмотре поражение циркулярно захватывает кожу правой руки от дистальных фаланг пальцев до локтевого сгиба.

Границы поражения четкие, кожа гиперемирована, отечна, кое-где имеются пузыри с серозным содержимым размером от мелкой горошины до вишни, кое-где – мокнущие эрозии.

Из анамнеза известно, что больная – научный сотрудник ботанического института – за день до начала заболевания производила обрыв листьев густой кроны южноамериканского дерева, которое недавно впервые поступило в оранжерею института. Подобное же поражение возникло у лаборантки того же института, которая помогала сортировать отобранные из кроны листья.

Предположительный диагноз, его обоснование и врачебная тактика.

Простой контактный дерматит

6) Больная 16 лет с раннего детского возраста наблюдается у дерматолога по поводу atopического дерматита. В связи с тяжелой токсидермией (принимала ампициллин из-за обострения хронического тонзиллита) получала инфузионную терапию, преднизолон. Через трое суток отмечен подъем температуры тела до 40°C, на коже лица, туловища, конечностей появились рассеянные оспенноподобные элементы с мутным содержимым. В течение последующих суток число высыпных элементов значительно увеличилось.

Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика.

Варецеллеформный пустулез Капоши

7) Больной 19 лет, страдающий atopическим дерматитом с раннего детского возраста, обратился к дерматологу в связи с ухудшением течения заболевания. Последние 3 дня отмечает подъем температуры тела до 37.9°C, общее недомогание. При осмотре: на коже лица, в заушных складках и на сгибательных поверхностях верхних конечностей имеются отечные эритематозные бляшки до 3.5 см в диаметре, покрытые корками серо-желтого

цвета. При снятии корок обнажаются болезненные эрозии с умеренным серозным отделяемым. Границы очагов поражения кожи четкие. Пальпируются болезненные лимфатические узлы (подчелюстные, задние шейные, локтевые, подмышечные).

Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика.

Атопический дерматит, осложненный вторичной инфекцией (Импетигинизация)

8) Больной 23 лет. До 5-летнего возраста страдал «детской экземой». В дальнейшем до 16-летнего возраста изменений кожи не отмечалось. В возрасте 16 лет после употребления в пищу большого количества орехов и шоколада отметил зуд и покраснение кожи локтевых сгибов. В дальнейшем, после приема цитрусовых, шоколада, острой пищи отмечал появление зуда кожи, в локтевых сгибах кожа была уплотнена.

К дерматологу не обращался. Во время службы в армии у больного развились распространенный кожный зуд, множественные высыпания, почти полностью разрешившиеся после перевода для дальнейшего несения службы в Среднюю Азию. После возвращения из армии заболевание протекает хронически с обострениями преимущественно в осеннее время.

При осмотре: кожа сухая, дисхромичная, дермографизм белый, стойкий, усилен пилomotorный рефлекс. На коже задней поверхности шеи, сгибательных поверхностей конечностей – выраженная лихенификация, множественные эскориации.

Предположительный диагноз и его обоснование. Принципы терапии.

Атопический дерматит

9) Больная 17 лет. В 8-месячном возрасте появились зудящие высыпания в подколенных ямках, несколько ранее – на щеках и голени. В возрасте 3 лет изменения усилились в локтевых сгибах и на кистях. Летом наблюдалось улучшение. Больная лечилась антигистаминными препаратами, хлористым кальцием, наружно – ланолиновым кремом, флуцинаром. В момент обследования: поражение кожи распространенное, с преобладанием в локтевых ямках и на кистях. На тыльной поверхности кистей – эритематозно-инфильтративные очаги с трещинами, эскориациями, мелкими чешуйко-корками, при поскабливании отторгающимися с образованием точечных, выделяющих прозрачную жидкость эрозий. В локтевых ямках – выраженная лихенификация, на верхней части груди, боковых поверхностях туловища – воспалительные фолликулярные папулы, отрубевидное шелушение.

Предположительный диагноз, его обоснование. Режимные рекомендации. Принципы терапии.

Атопический дерматит

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>

- Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература:

- Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

Приложение

Схемы лечения атопического дерматита:

При лечении больных атопическим дерматитом широкое применение нашел ступенчатый подход для выбора адекватной терапии:

- каждая последующая ступень лечения является дополнением предыдущей;
- в случае присоединения инфекции к лечению необходимо добавить антисептические / антибактериальные препараты;
- при неэффективности терапии необходимо исключить нарушение комплаентности и уточнить диагноз.

	Тяжелая степень: SCORAD > 40 / упорное течение АтД (непрерывное обострение)	Системная иммуносупрессивная терапия: системные ГКС (коротким циклом), циклоспорин.
	Среднетяжелая степень: SCORAD 15 – 40 / рецидивирующий АтД	Седативные антигистаминные препараты, УФ терапия (УФВ, УФА1), коррекция психосоматического состояния, климатотерапия
	Легкая степень: SCORAD < 15 / транзиторный АД	тГКС или топические блокаторы кальциневрина
Базисная терапия		Обучающие программы, эмолиенты, масла для ванн, элиминационная диета у пациентов, склонных к пищевой аллергии, устранение аллергенов (в случае их выявления при аллергологическом исследовании)

Методические указания к занятию по теме: «Дерматозы полиэтиологической природы (псориаз, экзема, болезни сальных и потовых желез, болезни волос и ногтей, пузырьные дерматозы, кожные формы диффузных заболеваний соединительной ткани, розовый лишай, красный плоский лишай)».

Цель: обучение диагностике, дифференциальной диагностике неинфекционных заболеваний кожи полиэтиологической природы.

Задачи: Изучить принципы диагностики неинфекционных заболеваний кожи. Изучить азы терапии дерматозов полиэтиологической природы

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор.

Ординатор должен знать:

1. принципы диагностики и лечения псориаза
2. принципы диагностики и лечения акне
3. принципы диагностики и лечения себорейного дерматита
4. принципы диагностики и лечения пузырьных дерматозов
5. принципы диагностики и лечения диффузных болезней соединительной ткани
6. принципы диагностики и лечения розового лишая
7. принципы диагностики и лечения красного плоского лишая
8. принципы диагностики и лечения экземы

Ординатор должен уметь:

1. провести дифференциальную диагностику между аллергическим контактным дерматитом и экземой;
2. провести обследование при подозрении на пузырьный дерматоз
3. провести дифференциальную диагностику акне и пиодермитов
4. воспроизводить псориагическую триаду и интерпретировать результаты.

Ординатор должен владеть:

1. навыками обследования дерматологического больного
2. дополнительными методами обследования кожи

Учебно-тематический план темы:

Практические занятия – 2 часа

Самостоятельная работа – 1 часа

Всего – 3 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).

2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов
4. Решение ситуационных задач.

Перечень вопросов для собеседования

1. клиническая картина экземы
2. принципы терапии экземы
3. дифференциальная диагностика контактных дерматитов и экземы
4. принципы диагностики ДБСТ
5. диагностика псориаза
псориазическая триада (воспроизведение симптома, интерпретация результатов).
6. иммунологическая диагностика пузырных дерматозов
7. принципы лечения пузырных дерматозов
8. принципы терапии акне
9. розовый лишай: диагностика, лечение
10. Красный плоский лишай: диагностика, лечение

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Дерматозы полиэтиологической природы (псориаз, экзема, болезни сальных и потовых желез, болезни волос и ногтей, пузырные дерматозы, кожные формы диффузных заболеваний соединительной ткани, розовый лишай, красный плоский лишай)»

	На 2 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	4 мин
Тестирование	9 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	18 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков	45 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	9 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	5 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы
Участие в научно-исследовательской работе кафедры	Доклады Публикации
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участников
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

Профессиональная экзема.

Основные темы докладов:

Дифференциальная диагностика красного плоского лишая.

Современные препараты для лечения тяжелых форм псориаза.

Фонд оценочных средств:

Тесты

001. В клинические разновидности экземы не входит:

- 1) микробная
- 2) себорейная
- 3) профессиональная
- 4) экзема у детей
- 5) вирусная

002. Исходом микробной экземы может быть трансформация в:

- 1) атопический дерматит

- 2) контактный дерматит
- 3) истинную экзему
- 4) токсикодермию
- 5) псориаз

003. У больных истинной экземой наблюдается:

- 1) асимметричное расположение очагов
- 2) симметричное расположение очагов
- 3) появление буллезных элементов в очагах поражения
- 4) наличие резких границ очагов поражения
- 5) отсутствие экссудативных элементов

004. В патогенезе каких заболеваний играет роль сезонный фактор?

- 1) Псориаз
- 2) Пиодермия
- 3) Красный плоский лишай
- 4) Розовые угри
- 5) Чесотка

005. Какими характеристиками обладают папулы при псориазе?

- 1) Округлые
- 2) Полигональные
- 3) Обладают периферическим ростом
- 4) Блестят
- 5) Покрываются серебристо-белыми чешуйками

006. Перечислите места возможной локализации высыпаний при псориазе:

- 1) Туловище
- 2) Слизистые оболочки
- 3) Разгибательные поверхности конечностей
- 4) Ладони и подошвы
- 5) Волосистая часть головы

007. Какова тактика врача при лечении пациента розовым лишаем?

- 1) Запретить ношение одежды из синтетики и шерсти
- 2) Назначение интенсивной наружной терапии
- 3) Запретить водные процедуры
- 4) Назначение УФО

008. Какие нозологические формы относятся к болезням соединительной ткани?

- 1) Дерматомиозит
- 2) Пузырчатка
- 3) Красная волчанка
- 4) Буллезный эпидермолиз
- 5) Склеродермия

009. Какие нозологические формы относятся к ограниченной склеродермии?

- 1) Бляшечная
- 2) Склеродактилия
- 3) Линейная
- 4) Диффузная

5) Идиопатическая атрофодермия

010. Одним из основных клинических симптомов дерматомиозита являются:

- 1) Периорбитальная эритема
- 2) Склеродактилия
- 3) Дисфагия
- 4) Алопеция
- 5) Пойкилодермия

011. Вульгарные угри чаще локализуются на:

- 1) Нижних конечностях
- 2) Лице
- 3) Животе
- 4) спине
- 5) Ягодицах

012. К поверхностным формам акне относятся:

- 1) Комедоны
- 2) Флегмонозные угри
- 3) Папулезные акне
- 4) Конглобатные угри
- 5) Пустулезные акне

013. Себорея — это:

- 1) Наследственное заболевание
- 2) Заболевание, обусловленное расстройством салообразования
- 3) Очаговая алопеция
- 4) Результат жизнедеятельности *Pityrosporum orbiculare*
- 5) Разновидность пиодермии

014. Перечислите места излюбленной локализации высыпаний при красном плоском лишае:

- 1) Волосистая часть головы
- 2) Передняя поверхность голеней
- 3) Локти и колени
- 4) Сгибательная поверхность предплечий
- 5) Ладони и подошвы

015. Какие клинические характеристики типичны для папул при красном плоском лишае?

- 1) Полигональные
- 2) С серебристыми чешуйками
- 3) Фиолетовый оттенок
- 4) С пупкообразным вдавлением
- 5) Плоские

016. Какие стадии различают в процессе развития псориаза?

- 1) Прогрессирующую
- 2) Острую
- 3) Стационарную
- 4) Подострую
- 5) Регрессирующую

Контрольные вопросы

1. Принципы выбора наружной терапии при острой, подострой и хронической экзематозной реакции
2. План обследования больного с экземой
3. План обследования больного с псориазом
4. Обследование пациента с буллезным дерматозом
5. Принципы терапии кожных форм красной волчанки
6. Диагностика и лечение красного плоского лишая
7. Принципы лечения псориаза
8. Диагностика и лечение себорейного дерматита
9. Дифференциальная диагностика акне
10. Принципы диагностики и лечения акне

Ситуационные задачи

1) Больная 23 лет, страдающая вегетососудистой дистонией, периодически в течение последних двух лет отмечала появление пузырьков на коже подошв. Около недели назад после психической травмы отметила появление большого количества пузырьков на коже ладоней и подошв, сопровождающееся умеренным кожным зудом.

При осмотре: кожа влажная, дермографизм красный, стойкий, быстро возникающий. На ладонях и подошвах имеются множественные, напряженные пузырьки, размером около 3 мм. Кожа вокруг пузырьков видимо не изменена.

Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика.

Экзема кистей и стоп дисгидротическая. Назначение вегетотропных препаратов, вскрытие крупных полостных элементов и назначение комбинированных топических стероидов.

2) При осмотре больной 44 лет выявлены гиперемия и отечность кожи кистей, множественные микровезикулы и микроэрозии с обильным серозным отделяемым. Границы поражения нечеткие. Из анамнеза известно, что в прошлом больная работала маляром-штукатуром. При контакте с цементным раствором неоднократно возникали поражения кожи. Больная обращалась в институт профзаболеваний, где ей был поставлен диагноз профессионального аллергического дерматита, вызванного солями хрома (содержатся в цементном растворе). Больной было рекомендовано сменить работу. В течение последних 10 лет она работает администратором кинотеатра. Однако кожный процесс неоднократно рецидивировал при контакте кожи с различными средствами бытовой химии, а также после нервно-психического перенапряжения.

Предположительный диагноз и его обоснование. Принципы терапии.

Профессиональная экзема кистей. Элиминация провоцирующих факторов. Кратковременный курс топического стероида. Базовый уход за кожей.

3) К врачу обратился пациент с поражением кожи кистей. Специальность пациента – хирург-стоматолог. Из анамнеза известно, что в течение последних 3 лет после профессионального контакта с новокаином на руках появлялись зудящие эритематозные очаги, мелкие пузырьки. После наружного применения глюкокортикостероидных кремов сыпь исчезала. Однако при повторных контактах с новокаином поражение кожи носило все более распространенный характер.

Год назад пациент прекратил контакт с новокаином в связи с уходом на пенсию. Однако кожный процесс периодически продолжает обостряться после эмоциональных стрессов, при контакте с моющими средствами.

Предположительный диагноз и его обоснование. Принципы терапии.

Профессиональная экзема кистей. Элиминация провоцирующих факторов.
Кратковременный курс топического стероида. Базовый уход за кожей.

4) Больной 32 лет, водопроводчик, обратился к врачу с жалобами на боль, жжение, зуд кожи правой стопы. Из анамнеза известно, что около 2 месяцев назад у больного была потертость в области тыла стопы, которая затем осложнилась гнойной инфекцией. Больной к врачу не обращался, лечился сам детской присыпкой. Воспаление кожи постепенно нарастало, усилилось гнойное отделяемое, нарастал отек правой стопы. Около 2 недель назад на левой стопе симметрично с правой появился зудящий очаг гиперемии, на котором больной увидел мелкие пузырьки. 10 дней назад зудящая сыпь появилась на кистях, предплечьях, бедрах.

При осмотре: кожа правой стопы резко отечна, гиперемирована. На этом фоне имеется очаг поражения крупнофестончатых очертаний с мокнущей поверхностью, на которой отчетливо просматриваются микроэрозии, на симметричном участке левой стопы – гиперемия, микровезикулы с серозным содержимым. На остальных участках кожного покрова – единичные элементы папуло-везикулезной сыпи.

Предположительный диагноз и его обоснование. Принципы терапии.

Микробная экзема. Назначение системных антибактериальных препаратов, комбинированных топических стероидов.

5) К врачу обратился мужчина 41 года с жалобами на кожные высыпания, сильный зуд кожи обеих кистей. Из анамнеза известно, что кожное заболевание появилось 3 недели назад после перенесенного психического потрясения сразу на обеих кистях.

При осмотре: на фоне умеренных эритемы и отека кожи тыла кистей почти строго симметрично имеются нечетко очерченные очаги поражения, одни из них состоят из микровезикул, другие представлены микроэрозиями, обильно отделяющими серозную жидкость в виде «капель росы».

Предположительный диагноз, его обоснование. Принципы наружной терапии.

Экзема кистей. Консультация психотерапевта. Топические стероиды, средства базового ухода за кожей.

б) К врачу обратилась пациентка с жалобами на периодически возникающее побеление и похолодание кистей рук, онемение, болезненные ощущения. При осмотре кожа кистей цианотичная, плотная на ощупь, движения в суставах затруднены. Лицо несколько амимично.

Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика.

Системная склеродермия? Синдром Рейно.

7. К дерматологу обратился пациент с высыпаниями на коже спины, представленными округлой формы пятнами белого цвета с едва заметным сиреневым ободком по периферии. При пальпации отмечается незначительное уплотнение кожи.

Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика.

Бляшечная склеродермия.

8. К дерматологу обратилась пациентка, у которой около года назад (после летнего отпуска, проведенного на Кавказе) появились красные пятна на лице.

Объективно: на коже щек имеются симметрично расположенные эритематозные очаги с незначительным инфильтратом в основании, поверхность очагов покрыта мелкими сероватыми чешуйками, при попытке снятия которых ощущается болезненность. На нижней поверхности чешуек наблюдаются «шипики».

Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика.

Дискоидная красная волчанка

9. В стационар поступила пациентка 26 лет, которая в течение 5 месяцев безуспешно лечилась амбулаторно и в районной больнице с различными диагнозами: «аллергическая реакция», «полиомиелит».

При осмотре: выраженный периорбитальный отек, яркая эритема на лице и шее, над локтевыми и коленными суставами, тестоватые отеки на кистях. Выражена мышечная слабость, дисфагия.

Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика.

Дерматомиозит

10. В КВД обратилась женщина 28 лет с жалобами на множественную сыпь, появившуюся неделю назад на различных участках кожного покрова. Со слов больной сыпь субъективно не беспокоит, в последние дни появились новые мелкие высыпания, а ранее существовавшие медленно увеличиваются в размерах. При осмотре на коже туловища и конечностей, на лице обнаружены множественные розовые шелушащиеся серебристыми чешуйками папулы. имевшие размеры от 1.5 до 2.5 см в диаметре. На слизистой рта и половых органах высыпаний нет.

Предположительный диагноз. Укажите стадию заболевания и обоснуйте свое мнение. Что необходимо для уточнения диагноза?

Псориаз.

11. К врачу обратился больной 32 лет. Около месяца назад он перенес ангину и по этому поводу принимал эритромицин. После выздоровления у больного появилась мономорфная сыпь на туловище и, в меньшей степени, на конечностях, состоящая из плоских розовых папул величиной с чечевицу, шелушащихся мелкими серебристо-белыми чешуйками. Слизистые оболочки оставались непораженными.

Предположительный диагноз. Что необходимо для его уточнения?

Каплевидный псориаз

12. У больной 35 лет стоматолог при профилактическом осмотре обнаружил на фоне видимо неизменной слизистой оболочки щек по линии смыкания зубов мелкие, до 2 мм в диаметре, узелки серовато-белого цвета, которые сливаются между собой, образуя рисунок, напоминающий кружево или листья папоротника. На спинке и боковых поверхностях языка также имеются отдельные папулы молочно-белого цвета. Стоматолог направил пациентку в КВД для дальнейшего обследования.

При осмотре в КВД дерматолог обнаружил на коже сгибательных поверхностей предплечий, лучезапястных суставов, передней поверхности голени единичные зудящие сиреневатые папулы с полигональными очертаниями.

Предположительный диагноз. Что необходимо для уточнения диагноза?

Красный плоский лишай

13. К дерматологу обратилась девушка 18 лет. При осмотре кожа лица, груди и спины тонкая, эластичная, слегка гиперемированная, с умеренно расширенными устьями волосяных фолликулов и выводных протоков сальных желез, особенно заметных на коже носа, носощечных складок, щек, создающими впечатление пористости. Щеки, лоб и нос блестят от большого количества жидкого кожного сала. На носовом платке после проведения по коже остается заметное жирное пятно. На лице папуло-пустулезные элементы. Кожа вокруг пустул гиперемирована. Больна около 4 лет. Пациентка страдает хроническим гайморитом.

Предположительный диагноз и его обоснование. Средства общей терапии. Дайте рекомендации по профилактике рецидивов.

Акне.

14. Больная 23 лет жалуется на поражение кожи ладоней, сопровождающееся периодическим образованием болезненных трещин. Заболевание началось несколько

месяцев назад с появления небольших очажков шелушения, которые постепенно инфильтрировались, разрастались по периферии и сливались между собой.

При осмотре имеет место сплошное поражение кожи ладоней, характеризующееся ее инфильтрацией, кератозом, четкими границами. На волосистой части головы на границе роста волос – сливающиеся, слабо инфильтрированные эритемато-сквамозные очаги поражения.

Предположительный диагноз. Что необходимо для его уточнения?

Псориаз.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

Приложение

Классификация акне:

- комедональные акне;
- папуло-пустулезные акне легко-средней степени тяжести;
- тяжелые папуло-пустулезные акне, узловатые акне умеренной степени тяжести;
- узловатые акне тяжелой степени, конглобатные акне.

Классификация псориаза:

- Вульгарный псориаз
- экссудативный псориаз
- себорейный псориаз
- Каплевидный псориаз
- Пустулезный псориаз
 - Генерализованный пустулезный псориаз Цумбуша
 - Пустулезный псориаз ладоней и подошв Барбера
- Псориатическая эритродермия
- Псориатический артрит
- Псориаз ногтей

Классификация экземы

- Монетовидная экзема
- Дисгидроз (помфоликс)

- Кожная аутоенсибилизация (экзематозная)
- Инфекционная экзема
- Экзема БДУ (неуточненная)

Также выделяют клинические формы заболевания:

- экзема истинная (идиопатическая, дисгидротическая, пруригинозная, роговая (тилотическая);
- экзема микробная (нумулярная, паратравматическая, микотическая, интертригинозная, варикозная, сикозиформная, экзема сосков и околососкового кружка молочной железы женщин);
- экзема себорейная;
- экзема детская;
- экзема профессиональная.

Каждая из них может протекать остро, подостро или хронически.

Методические указания к занятию по теме: «Инфекционные и паразитарные болезни кожи (пиодермии, дерматозоозы, вирусные заболевания кожи)»

Цель: закрепить знания по диагностике гнойничковых заболеваний кожи и их осложнений. Усвоить основные принципы лечения пиодермии. Изучение клинических проявлений паразитарных заболеваний, закрепление знания по диагностике чесотки и вшивости, усвоение основных принципов лечения. Изучение клинических проявлений герпетической инфекции, методов лечения и профилактики.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез пиодермии, диагностику данной группы дерматозов, основные принципы терапии и профилактики. Рассмотреть этиологию клинические проявления чесотки и вшивости, диагностировать паразитарные заболевания кожи, изучить критерии диагноза, основные принципы терапии и профилактики. Рассмотреть этиологию, клинические проявления и принципы лечения герпетической инфекции.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор.

Иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с пиодермиями, о лечении и профилактики инфекционных заболеваний кожи, об организации медицинской санитарно-эпидемических мероприятий при выявлении паразитарных болезней кожи, о диагностике и лечении герпетической инфекции.

Ординатор должен знать:

1. Этиологию и патогенез пиодермий,
2. Знать особенности клинической картины;
3. Знать классификацию пиодермий.
4. Клинику осложнений пиодермий
5. Показания для системного лечения пиодермий.
6. Принципы наружной терапии пиодермий
7. Особенности жалоб и анамнеза при чесотке;
8. Особенности жалоб и анамнеза при вшивости;
9. Классификацию педикулеза;
10. Осложнения чесотки;
11. Осложнения педикулеза;
12. Клиническую картину простого герпеса
13. Клиническую картину опоясывающего герпеса
14. Принципы терапии герпетической инфекции

Ординатор должен уметь:

Должен уметь диагностировать пиодермию, сформулировать режимные рекомендации и назначить лечение; уметь проводить обследование больного при подозрении на чесотку или вшивость диагностировать осложнения, назначить курс лечения, провести противоэпидемические мероприятия в очаге; диагностировать герпетическую инфекцию и провести лечение, назначить при необходимости схему профилактического лечения.

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками обследования больного при подозрении на пиодермию, оценки данных основных лабораторных исследований, формулировки клинического диагноза, назначения адекватной системной и местной терапии, навыками взятия материала и его микроскопии при диагностике чесотки.

Учебно-тематический план темы:
Практические занятия – 3 часа
Самостоятельная работа – 2 часа
Всего – 5 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов с стрептодермией и стафилодермией.
4. Интрепретация исследований (посевов с кожи на флору и чувствительность к антибиотикам)
5. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при пиодермиях, вирусных инфекциях и дерматозоонозах и их осложнениях.

Перечень вопросов для собеседования

1. Классификация пиодермий
2. Показания для системной терапии пиодермий
3. Особенности клинической картины стрептодермий
4. Особенности клинической картины стафилодермий
5. Принципы терапии пиодермий
6. Принципы профилактики пиодермий
7. Диагностика чесотки
8. Лечение чесотки
9. Диагностика и лечение вшивости
10. Противоэпидемические мероприятия при чесотке и вшивости
11. Простой герпес: клиническая картина, лечение
12. Профилактика рецидивирующего простого герпеса
13. Опоясывающий лишай: клиническая картина, диагностика, лечение

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «**Инфекционные и паразитарные болезни кожи (пиодермии, дерматозоонозы, вирусные заболевания кожи)**»

	На 3 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	6 мин
Тестирование	12 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	25 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков	70 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	12 мин

Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин
--	--------

Самостоятельная работа

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы
Участие в научно-исследовательской работе кафедры	Доклады Публикации
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участников
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

- Норвежская чесотка
- Постскабиозная лимфоплазия
- Везикулопустулез
- Стафилококковая инфекция у новорожденных

Основные темы докладов:

- Пиодермии у детей
- Особенности чесотки у детей

Фонд оценочных средств:

Тесты

001. К экзогенным факторам, способствующим развитию пиодермии, относятся:

- 1) Травмы кожи
- 2) укусы насекомых
- 3) Переохлаждение
- 4) Инсоляция
- 5) загрязнения кожи

002. К эндогенным факторам, способствующим развитию пиодермии, относятся:

- 1) Гипергликемия
- 2) Гипопротеинемия

- 3) Гипертоническая болезнь
- 4) Гиповитаминоз
- 5) Очаги хронической инфекции

003. Для стрептодермий характерно:

- 1) Распространение процесса вширь
- 2) Распространение процесса вглубь
- 3) Гнойный экссудат
- 4) Напряженная покрывка пустулы
- 5) Вялая покрывка пустулы

004. Для стафилодермий характерно:

1. Распространение процесса вширь
2. Распространение процесса вглубь
3. Гнойный экссудат
4. Напряженная покрывка пустулы
5. Вялая покрывка пустулы

005. Первичными морфологическими элементами при стрептодермиях являются:

- 1) Акне
- 2) Фликтена
- 3) Импетиго
- 4) Эктима
- 5) Папула

006. К стрептодермиям относятся:

- 1) Рожа
- 2) Импетиго вульгарное
- 3) Гидраденит
- 4) Фурункул
- 5) Эпидемическая пузырчатка

007. Клиническими симптомами вульгарного сикоза являются:

- 1) Поражение кожи области бороды и усов
- 2) Резкая болезненность при пальпации
- 3) Наличие остиофолликулитов и фолликулитов
- 4) Появление рубцов или рубцовой атрофии
- 5) Распространение на кожу шеи и груди

008. Клиническими симптомами стрептококковой заеды являются:

- 1) В основном болеют дети
- 2) Высыпания локализуются в области углов рта
- 3) Процесс чаще ассиметричный
- 4) Морфологический элемент — фликтена
- 5) Заболевание контагиозно

009. Какие заболевания чаще других осложняются вторичной пиодермией?

- 1) Экзема
- 2) Нейродермит
- 3) Кожный зуд
- 4) Красный плоский лишай
- 5) Чесотка

010. Укажите клинические признаки фолликулита:

- 1) Инфильтрат вокруг волоса
- 2) В центре инфильтрата сформирована пустула
- 3) Инфильтрат болезненный при пальпации
- 4) Инфильтрат ярко-красного цвета
- 5) Остается временная пигментация

011. Какие клинические проявления типичны для чесотки?

- 1) Чесоточные ходы
- 2) Серопапулы
- 3) Нумулярные папулы
- 5) Везикулы, располагающиеся цепочкой
- 6) Парное расположение элементов
- 7) Экскориации

012. Заражение чесоткой осуществляется преимущественно:

- 1) При рукопожатии
- 2) При половом контакте
- 3) Через одежду
- 4) При тесном телесном контакте
- 5) Через предметы обихода

013. Места наиболее частой локализации высыпаний при чесотке:

- 1) Кисти
- 2) Волосистая часть головы
- 3) Половые органы мужчин
- 4) Живот
- 5) Запястья
- 6) Лицо
- 7) Спина

014. Для чесотки характерны следующие диагностические симптомы:

- 1) Михаэлиса
- 2) Бенье-Мещерского
- 3) Горчакова
- 4) Никольского
- 5) Арди

015. Для норвежской чесотки характерно:

- 1) Возникновение на фоне иммуносупрессии
- 2) Отсутствие зуда
- 3) Возникновение локальных микроэпидемий вокруг больного
- 4) Наличие массивных корок
- 5) Поражение любого участка кожного покрова

016. Особенности клинического течения чесотки у детей являются:

- 1) Распространенность процесса

- 2) Преобладание экссудативных вариантов чесоточных ходов
- 3) Вовлечение в процесс внутренних органов
- 4) Возможное поражение ногтевых пластинок
- 5) Частое осложнение заболевания пиодермией

017. Какие лекарственные препараты при местном применении вызывают гибель чесоточного клеща?

1. Бензилбензоат
2. Серная мазь
3. Винилин
4. Тетрациклиновая мазь
5. Спрегаль

018. Для лечения беременных применяется:

- 1) Серная мазь
- 2) Бензилбензоат
- 3) Перметрин
- 4) Спрегаль
- 5) Линдан

019. Перечислите симптомы, помогающие своевременно поставить диагноз чесотки:

- 1) Наличие зуда в вечернее время
- 2) Папулезно-везикулярная сыпь
- 3) Наличие «чесоточных ходов»
- 4) Расположение сыпи на «типичных» местах
- 5) Нахождение чесоточного клеща в высыпных элементах

020. К какой группе возбудителей относятся вши?

- 1) Кровососущие насекомые
- 2) Ракообразные
- 3) Простейшие
- 4) Бактерии
- 5) Паукообразные

021. Какие виды вшей вызывают заболевание у человека?

- 1) Лобковая
- 2) Слепая
- 3) Платяная
- 4) Колючая
- 5) Головная

022. Перечислите клинические особенности, характерные для лобкового педикулеза:

- 1) Поражение кожи лобка
- 2) Поражение бровей и ресниц
- 3) Наличие площадок в устье волосяного фолликула
- 4) Отсутствие пиодермии
- 5) Появление бледно-синего пятна вокруг волоса

023. Характерными признаками простого герпеса являются:

- 1) отечная эритема
- 2) плоские полигональные папулы
- 3) папулы с пупкопидным вдавлением

4) сгруппированные везикулы

5) разлитая эритема

024. При первом контакте с вирусом герпеса 3 типа развивается:

1) опоясывающий лишай

2) ветряная оспа

3) лабиальный герпес

4) варцеллеформный пустулез Капоши

5) контагиозный моллюск

025. Для лечения опоясывающего лишая системно могут применяться:

1) преднизолон

2) ацикловир

3) валацикловир

4) настойка боярышника

5) фамцикловир

Контрольные вопросы

1. Этиология и патогенез пиодермий
2. Диагностика пиодермий
3. Клиническая картина, лечение фолликулита;
4. Клиническая картина, лечение вульгарного сикоза
5. Клиническая картина, лечение импетиго
6. Клиническая картина, лечение глубоких форм стрептодермии
7. Классификация пиодермий
8. Осложнения пиодермий
9. Классификация и клиническая картина вшивости
10. Клиническая картина и осложнения чесотки.
11. Лечение чесотки
12. Осложнения педикулеза
13. Профилактика рецидивов простого герпеса
14. Лечение опоясывающего лишая
15. Взятие материала и микроскопическое исследование при подозрении на чесотку

Ситуационные задачи

1) На прием к врачу мать привела трехлетнего ребенка, который регулярно посещает детский сад. Накануне вечером она заметила на щеке, носу и подбородке у сына сгруппированные желтого цвета корки. Мать помыла ребенка и смазала очаги 2% раствором йода. Утром количество высыпаний увеличилось, появились свежие эрозии и корки на ушных раковинах и на спине.

Врач при осмотре, кроме описанных выше корок, нашел на коже лица единичные плоские вялые пузыри с мутным содержимым, окруженные тонким розовым венчиком. Подчелюстные и шейные лимфоузлы были увеличены, мягкие, умеренно болезненные.

Предположительный диагноз и его обоснование. Принципы наружной терапии. Какие санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия необходимы?

Пиодермия

2) В клинику обратился мужчина 30 лет с жалобами на зуд кожи, усиливающийся в вечернее и ночное время. Болен около 1 месяца.

При осмотре в межпальцевых складках кистей, на внутренней поверхности предплечий, передней брюшной стенке, наружном листке крайней плоти имелись мелкие парные папуло-везикулезные элементы, корочки, эскориации.

Предположительный диагноз и его обоснование. Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.

Чесотка.

3) К дерматовенерологу обратился мужчина 26 лет с жалобами на появление болезненных высыпаний на головке полового члена и внутреннего листка крайней плоти. Высыпания часто рецидивируют после охлаждения, стрессов и половых контактов. Больной неоднократно отмечал появление мелких пузырьков.

При осмотре на коже головки полового члена и крайней плоти имелись эритема, отек, множество мелких пузырьков с мутноватым серозным содержимым и эрозии с мелкополициклическими очертаниями и обильным серозным отделяемым. В основании эрозий уплотнения не наблюдалось, при этом пальпация вызывала умеренную болезненность. В правой паховой области определялись умеренно увеличенные болезненные лимфоузлы.

Предположительный диагноз, его обоснование. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? Врачебная тактика.

Генитальный герпес.

4) В приемное отделение машиной скорой помощи была доставлена женщина 52 лет, воспитательница детского сада, с жалобами на сильные боли в левой половине поясничной зоны с иррадиацией в левую подвздошную и паховую области. Врач скорой помощи заподозрил почечную колику.

В приемном покое констатировано удовлетворительное состояние, нормальная температура. Мочеиспускание было безболезненно, не затруднено. Клинические анализы мочи и крови – в пределах нормы. УЗИ почек и обзорная рентгенограмма конкрементов в мочевыводительных путях не выявили, однако боли сохранялись и даже нарастали. Через 6 часов на коже поясничной зоны, боковой поверхности туловища и левой подвздошной области появились эритематозные пятна, на которых располагались пузырьки с серозно-геморрагическим содержимым.

Предположительный диагноз, его обоснование. Врачебная тактика

Опоясывающий лишай

5) В приемное отделение районной больницы был доставлен мужчина 38 лет, по профессии – школьный учитель, с жалобами на интенсивные боли в левой половине грудной клетки, появившиеся около суток назад. Боли нарастают, носят постоянный характер, не купируются приемом нитроглицерина.

При медицинском осмотре констатировано: температура тела не повышена, показатели ЭКГ и основные лабораторные показатели – в пределах нормы. Невропатолог диагностировал неврит

межреберного нерва. Через три часа после поступления у больного на коже левой половины грудной клетки от зоны лопатки до соска появились отечные красные пятна, расположенные полосовидно. Вскоре на их поверхности образовались мелкие сгруппированные пузырьки с прозрачным содержимым.

Предположительный диагноз, его обоснование. Врачебная тактика.

Опоясывающий лишай

б) К врачу обратилась полная женщина 62 лет с жалобами на периодическое, в течение 4 месяцев, появление на коже живота и ягодиц болезненных узлов. Применяла без особого эффекта разнообразные противомикробные средства.

При осмотре в очагах поражения имелись конусообразные инфильтраты ярко-красного цвета, с центральной пустулой, болезненные при пальпации. Имелись также отдельные кратерообразные язвы с воспалением в окружности, гнойно-кровянистым отделяемым и остатком некротического стержня. Умеренно увеличены паховые лимфатические узлы.

Предположительный диагноз и его обоснование. Принципы терапии. Какой фактор мог иметь значение в патогенезе данного заболевания?

Фурункулез.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

Методическое обеспечение:

таблицы классификаций
наборы лабораторных анализов по теме занятия,
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,

истории болезни –
лекции кафедры,
методическое пособие

Приложение

Классификация пиодермий

В зависимости от возбудителя и глубины поражения пиодермии подразделяют на следующие виды:

I. Стафилодермии

1. Поверхностные
 - 1.1. остиофолликулит
 - 1.2. фолликулит
 - 1.3. сикоз
 - 1.4. везикулопустулез
 - 1.5. эпидемическая пузырчатка новорожденных
 - 1.6. дерматит эксфолиативный (болезнь Риттера)
 - 1.7. синдром стафилококковой обожженной кожи (SSSS)
 - 1.8. синдром стафилококкового токсического шока (TSS)
2. Глубокие
 - 2.1. фурункул
 - 2.2. фурункулез
 - 2.3. карбункул
 - 2.4. абсцесс
 - 2.5. псевдофурункулез
 - 2.6. гидраденит

II. Стрептодермии

1. Поверхностные
 - 1.1. импетиго стрептококковое
 - 1.2. целевое импетиго
 - 1.3. паронихия
 - 1.4. папуло-эрозивная стрептодермия
 - 1.5. интертригинозная стрептодермия
 - 1.6. рожа
 - 1.7. синдром стрептококкового токсического шока (STSS)
 - 1.8. стрептодермия острая диффузная
2. Глубокие
 - 2.1. целлюлит
 - 2.2. эктима вульгарная

III. Стрептостафилодермии

1. Поверхностные
импетиго вульгарное
2. Глубокие
 - 2.1. хроническая глубокая язвенно-вегетирующая пиодермия
 - 2.2. гангренозная пиодермия
 - 2.3. пиодермия вегетирующая Аллопо

- 2.4. Acne keloida (фолликулит склерозирующий затылка)
- 2.5. фолликулит рубцующийся
- 2.5. фолликулит и перифолликулит головы абсцедирующий подрывающий Гоффманна
- 2.6. шанкриформная пиодермия
- 2.7. вегетирующий пиостоматит
- 2.8. гангрена полового члена и мошонки.

Классификация чесотки

- типичная;
- чесотка без ходов;
- чесотка «чистоплотных» или «инкогнито»;
- скабиозная лимфоплазия кожи;
- скабиозная эритродермия;
- норвежская чесотка;
- осложненная чесотка (вторичной пиодермией, аллергическим дерматитом, реже – микробной экземой и крапивницей);
- псевдосаркоптоз.

Методические указания к занятию по теме: «Грибковые заболевания (поверхностные микозы)»

Цель: закрепить знания по диагностике и принципам лечения поверхностных микозов.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез поверхностных микозов. диагностировать микозы, рассмотреть принципы терапии и профилактики.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор.+ добавить формы самостоятельной работы если они предусмотрены

Ординатор должен знать:

1. Знать особенности жалоб и анамнеза при микозах
2. Знать классификацию микозов.
3. Знать основные группы препаратов, применяемых при лечении микозов
4. Показания для системной терапии
5. Основные положения международных и национальных клинических рекомендаций по теме занятия

Ординатор должен уметь:

Должен уметь проводить обследование больного при подозрении на микоз, проводить забор материала с кожи и ногтей для микроскопического исследования соскобов на мицелий гриба, исходя из результатов микологического исследования проводить противоэпидемиологические мероприятия в очаге.

Ординатор должен владеть:

Проводить микроскопию волос при поражении грибами, проводить микроскопическое исследование соскобов с кожи и ногтей на мицелий гриба.

Должен владеть навыками формулировки развернутого клинического диагноза с учетом принятой классификации ВОЗ, назначения наружной и системной антимикотической терапии.

Учебно-тематический план темы:

Практические занятия – 2 часа

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 4 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов *с микозами*
4. Правила проведения микроскопического исследования на мицелий грибов
5. Интерпретация микологических и микроскопических исследований
6. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при микозах.
7. Отработка практических навыков: забор материала для микроскопического и микологического исследований. Микроскопическое исследование соскобов с кожи и ногтей на мицелий гриба.

Перечень вопросов для собеседования

1. Классификация микозов

2. Понятие о кератомикозах
3. Микоз стоп
4. Микоз волосистой части головы
5. Микоз гладкой кожи
6. Онихомикоз
7. Микоз крупных складок
8. Лечение микозов. Наружная и системная терапия.
9. Кандидоз
10. Дифференциальная диагностика микозов
11. Микроскопическое исследование соскобов с кожи и ногтей на наличие мицелия гриба
12. Противоэпидемиологические мероприятия в очаге.

**Хронокарта клинического практического занятия по теме:
«Грибковые заболевания (поверхностные микозы)»**

	На 2 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	4 мин
Тестирование	9 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	18 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков	45 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	9 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	5 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование

Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы
Участие в научно-исследовательской работе кафедры	Доклады Публикации
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участников
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

Трихофития
Микроспория

Основные темы докладов:

Лечение кандидоза
Кандидоз, как маркер иммунодефицита
Обзор групп препаратов для лечения микозов

Фонд оценочных средств:

Тесты

001. Комплекс противоэпидемических мероприятий при микозах стоп включает:

1. Использование антифунгальных носков
2. Профилактика потливости и сухости кожи
3. Дезинфекция обуви
4. Соблюдение личной гигиены
5. Использование кремов или пудр с фунгистатическим эффектом

002. При каких микозах наблюдается свечение очагов под лампой Вуда?

1. Трихофития
2. Микроспория
3. Фавус
4. Отрубевидный лишай
5. Кандидоз

003. Как поражаются волосы при микроспории?

1. Обламываются на уровне 4—6 мм над уровнем кожи
2. Обламываются на уровне с кожей
3. Обламываются в виде пеньков на уровне 1—2 мм
4. Истончаются и перекручиваются
5. Происходит расплавление волосяной луковицы

004. При каких трихомикозах процесс разрешается рубцом или рубцовой атрофией?

1. Инфильтративно-нагноительная трихофития
2. Хроническая трихофития
3. Паразитарный сикоз
4. Зооантропофильная микроспория
5. Фавус

005. Какой диагноз может быть у ребенка при обнаружении у матери хронической черноточечной трихофитии?

1. Поверхностная трихофития
2. Хроническая трихофития
3. Инфильтративно-нагноительная трихофития
4. Фавус
5. Микроспория

006. Какие клинические характеристики типичны для инфильтративно-нагноительной трихофитии?

1. Разрешение с образованием рубцовой алопеции
2. Наличие «медовых сот»
3. Расплавление волосяной луковицы
4. Свободная эпиляция волос
5. Наличие фолликулярного инфильтрата

007. Какие выделяют клинические формы фавуса волосистой части головы?

1. Сквамозная
2. Уртикарная
3. Импетигиозная
4. Атрофическая
5. Скутулярная

008. Перечислите факторы, способствующие возникновению кандидоза?

1. Сахарный диабет
2. Прием антибиотиков
3. Прием системных кортикостероидов
4. Использование гормональных контрацептивов
5. Изменение pH кожи

009. Какие клинические характеристики типичны для кандидоза крупных складок?

1. Локализация под молочными железами
2. Наличие «лакированной» эрозии
3. Бордюр отслоившегося эпидермиса по периферии
4. Наличие отсеков вокруг основного очага
5. Сильный зуд или жжение

010. Какие препараты чаще используются для лечения кандидоза?

1. Леворин
2. Нистатин
3. Клотримазол
4. Тетрациклин
5. Пимафуцин
6. Ламизил

Контрольные вопросы

1. Предрасполагающий факторы развития микозов
2. Классификация микозов
3. Препараты для лечения микозов
4. Лечение микоза ногтей
5. Кандидоз слизистой рта. Клиническая картина, диагностика, лечение.
6. Профилактика микозов
7. Онихомикоз. Клиническая картина, диагностика, лечение.
8. Микоз стоп. Клиническая картина, диагностика, лечение.
9. Разноцветный лишай. Клиническая картина, диагностика, лечение.
10. Дифференциальная диагностика разноцветного лишая
11. Микозы волосистой части головы. Клиническая картина, диагностика, лечение.
12. Микоз крупных складок. Клиническая картина, диагностика, лечение.
1. Схема лечения онихомикоза стоп

Ситуационные задачи

1. Больная 46 лет обратилась к дерматологу с жалобой на поражение ногтевых пластинок стоп. При осмотре кожа на подошвенных поверхностях стоп диффузно утолщена, кожный рисунок усилен, имеется диффузное отрубевидное шелушение. Ногтевые пластинки I, II и V пальцев левой стопы и все ногтевые пластинки правой стопы утолщены, непрозрачны, желтовато-серого цвета. Край ногтевых пластинок неровный, под ногтевыми пластинками имеются сухие крошащиеся массы желтого цвета.
Больная в течение 5 лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей.

Предположительный диагноз. Назовите возбудителей, которые могут обусловить приведенную клиническую картину. Перечислите методы лабораторной диагностики, необходимые для уточнения диагноза, и их предполагаемые результаты.

Микоз стоп. Онихомикоз.

2. При осмотре в КВД школьника 12 лет на волосистой части головы обнаружены множественные округлые с четкими очертаниями участки прорежения волос разной величины (до 1–2 см в диаметре). Кожа на этих участках покрыта серовато-белыми отрубевидными чешуйками. Сохранившиеся в пределах очагов волосы обломаны на разном уровне, тусклые. В устьях некоторых фолликулов видны остатки утолщенных и обломанных у основания кожи волос. В чешуйках с очагов прорежения волос обнаруживаются короткие, серые волосы в виде «запятых» и «вопросительных знаков».

Предположительный диагноз и клиническая форма поражения. Укажите предполагаемых возбудителей. Перечислите методы лабораторной диагностики, необходимые для уточнения диагноза, и их вероятные результаты.

Трихофития волосистой части головы.

3. У мужчины 30 лет обнаружено изменение наружного края ногтевой пластинки I пальца левой стопы, напоминающее по внешнему виду подногтевую занозу. Этот участок

ногтевой пластинки желтого цвета, непрозрачный. Под ногтевой пластинкой в этом месте отмечается скопление крошащихся роговых масс.

Предположительный диагноз. Назовите возбудителей, которые могут обусловить приведенную клиническую картину. Перечислите методы лабораторной диагностики, необходимые для уточнения диагноза, и их предполагаемые результаты.

Онихомикоз.

4. У мальчика 3 лет диагностирован микоз волосистой части головы. При обследовании членов семьи у бабушки 60 лет обнаружены застойно-красного цвета, не имеющие четких очертаний пятна на ягодицах и разгибательной поверхности предплечий. На этих участках имеется отрубевидное шелушение. В теменной области у бабушки также обнаружено диффузное отрубевидное шелушение и отдельные обломанные в устьях фолликулов у основания кожи волосы. Ногтевые пластинки на кистях утолщены, неровные, непрозрачные, желтовато-коричневого цвета. Свободный от ногтевой пластинки дистальный отдел ногтевого ложа обильно покрыт роговыми массами. Какую дерматофитию можно заподозрить у ребенка? Предположительный диагноз и клиническая форма поражения у бабушки. Укажите предполагаемых возбудителей.

Перечислите методы лабораторной диагностики, необходимые для уточнения диагноза, и их вероятные результаты.

У ребенка поверхностная трихофития
У бабушки хроническая трихофития.

5. У мужчины 35 лет на подошвенной поверхности стоп имеется резко выраженный гиперкератоз. Вследствие этого кожа грубая, сухая. Рисунок кожи подошв усилен, и в складках имеется отрубевидное шелушение («присыпаны мукой»). Кое-где имеются глубокие болезненные трещины.

Предположительный диагноз. Назовите возбудителей, которые могут обусловить приведенную клиническую картину. Перечислите методы лабораторной диагностики, необходимые для уточнения диагноза, и их предполагаемые результаты.

Микоз стоп.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа:
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

Методическое обеспечение:

таблицы классификаций
наборы лабораторных анализов по теме занятия,
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
лекции кафедры,
методическое пособие

Приложение

КЛАССИФИКАЦИЯ

- В 35.1 Микоз ногтей
- В 35.2 Микоз кистей
- В 35.3 Микоз стоп
- В.35.4 Микоз туловища
- В.35.6 Эпидермофития паховая

этиологическая классификация дерматофитий:

- микозы, вызываемые *Trichophyton rubrum* (руброфития, рубромикоз);
- микозы, вызываемые *Trichophyton mentagrophytes, var. interdigitale* (эпидермофития).

Классификация микроспории

- микроспория, обусловленная антропофильными грибами *Microsporum audouinii, M. ferrugineum*;
- микроспория, обусловленная зоофильными грибами *M. canis, M. distortum*;
- микроспория, обусловленная геофильными грибами *M. gypseum, M. nanum*.
По глубине поражения выделяют:
 - поверхностную микроспорию волосистой части головы;
 - поверхностную микроспорию гладкой кожи (с поражением пушковых волос, без поражения пушковых волос);
 - глубокую нагноительную микроспорию.

Классификация трихофитии

- поверхностная трихофития гладкой кожи;
- поверхностная трихофития волосистой части головы;
- хроническая трихофития, включая трихофитию ногтей;
- инфильтративно-нагноительная трихофития.

Методические указания к занятию по теме : «Сифилис»

Цель: Изучить основы клинической и лабораторной диагностики сифилиса.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез сифилиса, закрепить знания по дифференциальной диагностике сифилиса, изучить критерии диагноза, основные принципы диагностики, профилактики.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор.

Ординатор должен знать:

Знать особенности жалоб и анамнеза при сифилисе;

Знать критерии диагностики сифилиса;

Знать классификацию сифилиса.

Знать особенности клинической картины и длительность периодов сифилиса

Знать основные положения международных и национальных клинических рекомендаций по теме занятия

Иметь представление об организации медицинской помощи больным сифилисом.

Ординатор должен уметь:

Должен уметь проводить обследование больного при подозрении на сифилис, проводить дифференциальную диагностику сифилиса, интерпретировать данные лабораторных и инструментальных исследований при подозрении на сифилис, формулировать и обосновывать развернутый клинический диагноз с учетом принятой классификации ВОЗ.

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками обследования больного при подозрении на сифилис, диагностики сифилиса, оценки данных основных лабораторных исследований, формулировки развернутого клинического диагноза с учетом принятой классификации ВОЗ.

Учебно-тематический план темы:

Практические занятия – 3 часа

Самостоятельная работа – 1 часа

Всего – 4 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

8. Вводный контроль (тесты).
9. Беседа по теме занятия.
10. Интерпретация результатов серологических реакций.
11. Установление примерных сроков заражения.
12. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при сифилисе.
13. Разбор историй болезней пациентов с сифилисом в ведении которых допущены типичные ошибки.
14. Отработка практических навыков: обследование пациентов с подозрением на сифилис с осмотром, назначением серологического обследования.

Перечень вопросов для собеседования

1. Классификация сифилиса
2. Инкубационный период сифилиса
3. Первичный сифилис
4. Вторичный сифилис
5. Третичный сифилис
6. Скрытый сифилис
7. Врожденный сифилис
8. Серодиагностика
9. Дифференциальная диагностика первичного сифилиса
10. Дифференциальный диагноз папулезного сифилида
11. Дифференциальный диагноз розеолезного сифилида
12. Основные ошибки амбулаторного этапа
13. Организация медицинской помощи больным сифилисом.

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Сифилис»

	На 3 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	6 мин
Тестирование	12 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	25 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков	70 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	12 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование

Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы
Участие в научно-исследовательской работе кафедры	Доклады Публикации
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участников
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

История сифилиса

Нейросифилис

Висцеральный сифилис

Эпидемиологические и социальные аспекты сифилиса

Основные темы докладов:

Эволюция представлений о тактике лечения сифилиса.

Ложноположительные реакции на сифилис

Скрининговое обследование населения на сифилис

Сифилис. Юридические аспекты.

Фонд оценочных средств:

Тесты

001. Укажите продолжительность инкубационного периода при сифилисе

1. 4 недели

2. 3 недели

3. 2 недели

4. 5 недель

5. 6 недель

002. Какие клинические проявления типичны для первичного периода сифилиса?

1. Специфическая ангина

2. Твердый шанкр

3. Розеолезная сыпь

4. Регионарный лимфаденит

5. Широкие кондиломы

003. Перечислите клинические характеристики типичные для твердого шанкра:

1. Округлая форма

2. Лакированная поверхность

3. Отсутствие болезненности
4. Инфильтрат в основании
5. Отсутствие воспаления по периферии

004. Как называется твердый шанкр в зависимости от размера?

1. Гигантский
2. Серпигинирующий
3. Карликовый
4. Милиарный
5. Комбустиформный

005. Как называются твердые шанкры в зависимости от локализации?

1. Перигенитальные
2. Фокальные
3. Генитальные
4. Диссеминированные
5. Экстрагенитальные

006. При какой локализации твердого шанкра отмечается симптом торзального козырька?

1. На внутреннем листке крайней плоти
2. На малых половых губах
3. На головке полового члена
4. На мошонке
5. На языке

007. Как изменяются лимфатические узлы при первичном периоде сифилиса?

1. Увеличены
2. Плотнoэластической консистенции
3. Безболезненны
4. Не спаяны между собой и с кожей
5. Кожа над ними не изменена

008. Какие методы лабораторной диагностики позволяют подтвердить диагноз первичного сифилиса?

1. Бактериологический
4. Микроскопия препарата, окрашенного по Граму
5. Микроскопия в темном поле

009. Какой метод диагностики сифилиса следует использовать, если у больного с язвой на половом члене, прижигаемой им 2% настойкой йода, КСР отрицательные?

1. РИБТ
2. Исследование пунктата лимфатического узла
3. Исследование спинномозговой жидкости
4. РИФ
5. Заражение экспериментальных животных

010. Какие клинические симптомы характерны для шанкра-амигдалита ?

1. Односторонний процесс
2. Плотная консистенция инфильтрата
3. Отсутствие дефекта на поверхности миндалина
4. Отсутствие разлитой гиперемии

5. Увеличение подчелюстных и шейных лимфоузлов

011. Укажите заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику шанкра губы:

1. Стрептококковое импетиго
2. Простой пузырьковый лишай
3. Рак губы
4. Туберкулезная язва
5. Травматическая язва

012. Через какой промежуток времени с момента заражения развивается вторичный период сифилиса?

1. Через месяц
2. Через 2 месяца
3. Через 6 месяцев
4. Через 2,5 месяца
5. Через год

013. Какие сифилиды наиболее часто встречаются при вторичном сифилисе?

1. Пустулезный
2. Папулезный
3. Пигментный
4. Розеолезный
5. Везикулезный

014. Какие сифилиды свидетельствуют о злокачественном течении сифилиса?

1. Пустулезный
2. Розеолезный
3. Везикулезный
4. Пигментный
5. Милиарный папулезный

015. Какой сифилид является косвенным доказательством поражения нервной системы?

1. Лейкодерма
2. Алопеция
3. Широкие кондиломы
4. Эктима
5. Рупия

016. Какие признаки характерны для типичной сифилитической розеола?

1. Округлая форма
2. Розовый цвет
3. Шелушение поверхности
4. Отсутствие шелушения
5. Исчезает при надавливании

017. Какие признаки типичны для розеол, возникающих спустя 2—4 месяца с момента заражения?

1. Ярко-розового цвета
2. Симметрично расположенные
3. Множественные

4. Не группируются
5. Мелкие

018. Перечислите клинические разновидности сифилитической розеолы:

1. Розеола элевирующая
2. Розеола зернистая
3. Розеола фолликулярная
4. Розеола уртикарная
5. Розеола сливная
6. шелушащаяся

019. Для реакции обострения Яриша-Герксгеймера характерно:

1. Повышение температуры
2. Кровоточивость слизистых
3. Усиление сифилитических розеол
4. Периферический рост папул
5. Появление розеол на новых местах

020. С каким заболеванием следует дифференцировать розеолезный сифилид?

1. Отрубевидным лишаем
2. Розовым лишаем
3. Токсикодермией
4. Псориазом
5. Сыпным тифом

021. При дифференциальной диагностике сифилитической розеолы с розовым лишаем следует помнить, что в последнем случае пятна:

1. Овальные
2. С желтоватым оттенком
3. Имеют «гофрированную поверхность»
4. Появляется после возникновения «материнского медальона»
5. Располагаются по линиям натяжения кожи Лангера

022. Какие клинические характеристики типичны для широких кондилом?

1. Представляют собой папулы
2. Имеют вегетации на поверхности
3. Часто эрозируются
4. Сильно контагиозны
5. Локализуются на красной кайме губ

023. Перечислите разновидности пустулезного сифилида:

1. Угревидный
2. Оспенновидный
3. Импетигиозный
4. Эктима
5. Рупия

024. Какие существуют разновидности сифилитической лейкодермы?

1. Пятнистая
2. Очаговая
3. Сетчатая
4. Диффузная

5. Мраморная

025. Какие бывают разновидности сифилитической алопеции?

1. Мелкоочаговая
2. Тотальная
3. Диффузная
4. Пятнистая

026. При какой локализации папул наблюдается осиплость голоса?

1. На голосовых связках
2. На губах
3. На языке
4. На миндалинах
5. На деснах

027. Какие сифилиды встречаются на слизистой полости рта?

1. Пятнистый
2. Пигментный
3. Папулезный
4. Пустулезный

028. Укажите наиболее частое расположение папул на слизистой полости рта:

1. Глоточные миндалины
2. Мягкое небо
3. Слизистая оболочка губ
4. Язык
5. Слизистая щек

029. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать сифилитическую алопецию?

1. Алопеция, обусловленная себореей
2. Гнездная алопеция
3. Алопеция, обусловленная дерматофитами
4. Псевдопелада Брока
5. Красная волчанка волосистой части головы

030. Какой морфологический элемент представляет собой гумма?

1. Узел
2. Папула
3. Бугорок
4. Эктима
5. Рупия

031. Каким путем сифилис передается плоду?

1. Трансплацентарно
2. Через инфицированный сперматозоид
3. При прохождении через родовые пути
4. Трансовариально
5. Через инфицированные околоплодные воды

032. Какие морфологические изменения типичны для зубов Гетчинсона?

1. Поражение верхних центральных резцов

2. Образование на жевательной поверхности полулунной вырезки

3. Форма отвертки

4. Поражение молочных зубов

Контрольные вопросы

2. Определение и сущность сифилиса;
3. Особенности жалоб и анамнеза при сифилисе
4. Характеристика первичного периода;
5. Атипичные шанкры
6. Характеристика вторичного периода
7. Классификация вторичного сифилиса;
8. Характеристика третичного периода
9. Злокачественное течение сифилиса
10. Понятие скрытого сифилиса
11. Врожденный сифилис
12. Критерии диагностики сифилиса
13. Серодиагностика сифилиса

Ситуационные задачи

1. К дерматовенерологу обратился мужчина 23 лет с жалобами на покраснение и болезненность кожи препуциального мешка и невозможность закрыть головку полового члена. Пациент холост, имел половую близость с незнакомой женщиной около месяца назад. Головка полового члена увеличена и гиперемирована. За головкой имеется отечное кольцо кожи препуциального мешка застойно-красного цвета, напоминающее «воротничок». При пальпации измененные ткани препуциального мешка плотноэластической консистенции, умеренно болезненные. Паховые лимфатические узлы увеличены, больше справа, плотно-эластической консистенции, умеренно болезненные. На спинке полового члена пальпируется подкожный плотно-эластический безболезненный тяж, по толщине напоминающий стержень шариковой ручки.

Предположительные диагнозы и их обоснование. Врачебная тактика для подтверждения или исключения сифилиса.

Первичный сифилис, осложненный парафимозом

2. К стоматологу обратилась женщина 35 лет. Неделю назад на боковой поверхности языка она заметила болезненную язвочку. При осмотре полости рта на боковой поверхности языка обнаружена язвочка 0.8 см в диаметре с неправильными очертаниями и узким венчиком гиперемии вокруг. Положение язвы на языке соответствовало острому краю кариозного зуба. При пальпации в подчелюстной области слева найден гладкий подвижный плотно-эластической консистенции умеренно болезненный узел. Стоматолог заподозрил у больной сифилис и направил ее на консультацию к дерматовенерологу.

Предположительные диагнозы и их обоснование. Врачебная тактика для подтверждения или исключения сифилиса.

Травматическая эрозия? Первичный сифилис?

3. Больной 40 лет вызван в кожно-венерологический диспансер как контакт больной, у которой 2 дня назад установлен вторичный свежий сифилис. При опросе он подтвердил, что 3 месяца назад он имел половую близость с этой женщиной. В течение последнего времени он лечится у хирурга по поводу геморроя. Врач отметил у больного осиплость голоса. Больной связывает изменение голоса с употреблением холодного пива. Тщательный осмотр пациента выявил папулезную ангину и широкие кондиломы в области заднего прохода. В отделяемом с поверхности широких кондилом в большом количестве обнаружены бледные трепонемы.

Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика для исключения или подтверждения сифилиса.

Вторичный сифилис

4. В клинику челюстно-лицевой хирургии поступил больной 25 лет с переломом нижней челюсти. Больной холост, злоупотребляет алкоголем. При серологическом обследовании на сифилис (обязательном для каждого больного в любом стационаре) реакция связывания комплемента и микрореакция оказались резко положительными. Консультант дерматовенеролог в беседе с больным выяснил, что он ведет беспорядочную половую жизнь. Последняя половая близость с малознакомой женщиной, которую найти невозможно, была 2 недели назад. При осмотре больного обнаружены единичные папулы в области подошв и лейкодерма (ожерелье Венеры) на шее.

Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика для исключения или подтверждения сифилиса. Какие исследования необходимо провести больному сифилисом при наличии лейкодермы?

Вторичный сифилис

5. В гинекологическое отделение поступила женщина 30 лет, у которой был заподозрен острый бартолинит. Был произведен разрез и назначены инъекции пенициллина. Через несколько часов после начала пенициллинотерапии у больной начался сильный озноб, температура повысилась до 40°C, и на коже туловища появилась яркая пятнистая сыпь. Дежурный врач расценил ее как токсидермию на пенициллин, отменил антибиотик, назначил димедрол, хлористый кальций и срочно вызвал дерматовенеролога.

Осмотрев больную, дерматолог сделал следующую запись: на коже груди, живота, боковых поверхностей туловища, сгибательных поверхностях плеч и предплечий, а также на бедрах имеется обильная, мелкая, рассеянная розеолезная сыпь, увеличены до размеров горошины боковые шейные и подмышечные лимфатические узлы. В правой паховой области пальпируются 3 узла, один из которых размером с мелкую сливу, а два других – с горошину. Узлы имеют плотно-эластическую консистенцию, безболезненные, без явлений периаденита. Обращает на себя внимание резкое увеличение (в 2 раза) большой половой губы справа. Кожа ее застойно-красного цвета, при пальпации определяется эластическая плотность на всем протяжении, безболезненная, за исключением места разреза. На внутренней поверхности правой большой половой губы видна эрозия 2×2 см, круглой

формы с ровными краями и дном застойно-красного цвета. При пальпации в основании эрозии определяется незначительное уплотнение.

Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика для исключения или подтверждения сифилиса.

Вторичный сифилис. Реакция обострения.

6. Офтальмолог диагностировал у девочки 13 лет паренхиматозный кератит и направил ее на консультацию к дерматологу. При осмотре обнаружены саблевидные голени и на коже спины свежий «мозаичный» рубец.

Назовите предварительный диагноз и обоснуйте его. Составьте план обследования для уточнения диагноза.

Поздний врожденный сифилис

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

Методическое обеспечение:

таблицы классификаций
наборы лабораторных анализов по теме занятия,
набор ситуационных задач,
истории болезни
лекции кафедры,
методическое пособие

Приложение

Пути инфицирования сифилисом

ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

- половой (наиболее частый и типичный путь инфицирования; заражение происходит через поврежденную кожу либо слизистые оболочки);
- трансплацентарный (передача инфекции от больной матери плоду через плаценту, ведущее к развитию врожденного сифилиса);
- трансфузионный (при переливании крови от донора, больного сифилисом в любой стадии);
- контактно-бытовой (является редкостью; встречается преимущественно при бытовом контакте с детьми родителей, имеющих высыпания на коже/ слизистых оболочках);
- профессиональный (заражение персонала лабораторий, работающего с зараженными экспериментальными животными, а также акушеров-гинекологов, хирургов, стоматологов, патологоанатомов, судмедэкспертов при выполнении профессиональных обязанностей);

Возможно заражение сифилисом грудных детей через молоко кормящих женщин больных сифилисом. Также к заразным биологическим жидкостям относятся слюна и сперма больных сифилисом с клиническими проявлениями соответствующих локализаций. Случаев заражения через пот и мочу не наблюдалось.

Классификация сифилиса

А 50 Врожденный сифилис

А 50.0 Ранний врожденный сифилис с симптомами

Любое врожденное сифилитическое состояние, уточненное как раннее или проявившееся в возрасте до двух лет.

Ранний врожденный сифилис:

- кожи;
- кожи и слизистых оболочек;
- висцеральный.

Ранний врожденный сифилитический (ая):

- ларингит;
- окулопатия;
- остеохондропатия;
- фарингит;
- пневмония;
- ринит.

А50.1 Ранний врожденный сифилис скрытый

Врожденный сифилис без клинических проявлений, с положительной серологической реакцией и отрицательным тестом спинномозговой жидкости в возрасте до двух лет.

А50.2 Ранний врожденный сифилис неуточненный

Врожденный сифилис БДУ, проявившийся в возрасте до двух лет.

А50.3 Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз

Поздний врожденный сифилитический интерстициальный кератит (H19.2).

Поздняя врожденная сифилитическая окулопатия (H58.8).

Исключена триада Гетчинсона (A50.5).

A50.4 Поздний врожденный нейросифилис (ювенильный нейросифилис)

Деменция паралитическая ювенильная.

Ювенильный (ая):

- прогрессивный паралич;
- спинная сухотка;
- табопаралич. Поздний врожденный сифилитический (ая):
- энцефалит (G05.0);
- менингит (G01);
- полиневропатия (G63.0).

При необходимости идентифицировать любое связанное с данным заболеванием психическое расстройство используют дополнительный код.

Исключена: триада Гетчинсона (A50.5).

A50.5 Другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами

Любое врожденное сифилитическое состояние, уточненное как позднее или проявившееся через два года или более с момента рождения.

Суставы Клаттона (M03.1).

Гетчинсона:

- зубы;
- триада.

Поздний врожденный:

- кардиоваскулярный сифилис (198.);
- сифилитическая:
 - артропатия (M03.1);
 - остеохондропатия (M90.2).

Сифилитический седловидный нос.

A50.6 Поздний врожденный сифилис скрытый

Врожденный сифилис без клинических проявлений, с положительной серологической реакцией и отрицательным тестом спинномозговой жидкости в возрасте двух и более лет.

A50.7 Поздний врожденный сифилис неуточненный

Врожденный сифилис БДУ в возрасте двух и более лет.

A50.9 Врожденный сифилис неуточненный

A51 Ранний сифилис

A51.0 Первичный сифилис половых органов Сифилитический шанкр БДУ.

A51.1 Первичный сифилис анальной области

A51.2 Первичный сифилис других локализаций

A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек Широкая кондилома.

Сифилитическая (ие):

- алопеция (L99.8);
- лейкодерма (L99.8);
- очаги на слизистых оболочках.

A51.4 Другие формы вторичного сифилиса

Вторичные сифилитические (ое) (ая):

- воспалительное заболевание женских тазовых органов (N74.2);
- иридоциклит (H22.0);
- лимфоаденопатия;
- менингит (G01);
- миозит (M63.0);
- окулопатия НКДР (H58.8);
- периостит (M90.1).

A51.5 Ранний сифилис скрытый

Сифилис (приобретенный) без клинических проявлений с положительной серологической реакцией и отрицательной пробой спинномозговой жидкости, давностью менее двух лет после заражения.

A51.9 Ранний сифилис неуточненный

A52 Поздний сифилис

A52.0 Сифилис сердечно-сосудистой системы Кардиоваскулярный сифилис БДУ (198.0).

Сифилитическая (ий):

- аневризма аорты (179.0);
- аортальная недостаточность (139.1);
- аортит (179.1);
- церебральный артериит (168.1);
- эндокардит БДУ (139.8);
- миокардит (141.0);
- перикардит (132.0);
- легочная недостаточность (139.3).

A52.1 Нейросифилис с симптомами

- Артропатия Шарко (M14.6).

Поздний сифилитический (ая):

- неврит слухового нерва (H49.0);
- энцефалит (G05.0);
- менингит (G01);

- атрофия зрительного нерва (H48.0);
- полиневропатия (G63.0);
- ретробульбарный неврит (H48.1).

Сифилитический паркинсонизм (G22).

Спинная сухотка.

A52.2 Асимптомный нейросифилис

A52.3 Нейросифилис неуточненный

Гумма (сифилитическая).

Сифилис (поздний) центральной нервной системы БДУ.

Сифилома.

A52.7 Другие симптомы позднего сифилиса Сифилитическое поражение почечных клубочков (N 08.0).

Гумма (сифилитическая) любых локализаций, кроме классифицированных в рубриках A52.0–A52.3.

Сифилис поздний, или третичный.

Поздний сифилитический (ая):

- бурсит (M73.1);
- хориоретинит (H32.0);
- эписклерит (H19.0);
- воспалительное заболевание женских тазовых органов (N74.2);
- лейкодерма (L99.8);
- окулопатия НКДР (H58.8);
- перитонит (K67.2). Сифилис (без уточнения стадии):
- кости (M90.2);
- печени (K77.0);
- легкого (J99.8);
- мышц (M63.0);
- синовиальный (M68.0).

A52.8 Поздний сифилис скрытый

Сифилис (приобретенный) без клинических проявлений, с положительной серологической реакцией и отрицательной пробой спинномозговой жидкости, давностью два года или более после заражения.

A52.9 Поздний сифилис неуточненный

A53 Другие и неуточненные формы сифилиса

A53.0 Скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний

Скрытый сифилис БДУ.

Положительная серологическая реакция на сифилис. *A53.9 Сифилис неуточненный*

Инвазия, вызванная *Treponema pallidum*, БДУ. Сифилис (приобретенный) БДУ.

Исключен: сифилис БДУ, явившийся причиной смерти в возрасте до двух лет (A50.2).

Серологическая диагностика сифилиса

Цель обследования	Рекомендуемые тесты
Массовый скрининг населения с целью выявления больных с активными формами сифилитической инфекции (поликлиники, стационары общего профиля за исключением специализированных, декретированные контингенты)	Нетрепонемные тесты (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) или иммунохроматографические (трепонемные) тесты.
Скрининг в особых целевых группах для выявления болеющих сифилисом или лиц, перенесших сифилитическую инфекцию: – беременные, в том числе направляемые на искусственное прерывание беременности; – доноры крови, спермы и тканей; – пациенты специализированных стационаров (офтальмологических, неврологических, психоневрологических, кардиологических); – ВИЧ-инфицированные	Комплекс нетрепонемного (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) и трепонемного (РПГА, ИФА, ИБ, ИХЛ, ИХГ) тестов
Диагностика клинических форм приобретенной сифилитической инфекции.	Комплекс нетрепонемного (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) в количественном варианте постановки и трепонемного (РПГА, ИФА, ИБ, ИХЛ, ИХГ) тестов
Диагностика скрытых и поздних форм приобретенного сифилиса, дифференциальная диагностика скрытого сифилиса и ложноположительных результатов нетрепонемных и трепонемных тестов, подозрение на поздний врожденный сифилис	Комплекс нетрепонемного (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) теста в количественном варианте постановки и не менее <u>двух</u> трепонемных тестов (РПГА, ИФА _{IgM+IgG} , РИФ _{abc/200} , РИТ, ИБ ИХЛ)
Обследование лиц, бывших в половом и тесном бытовом контакте с больным сифилисом, при давности первого контакта не более 2 месяцев	Один из трепонемных тестов (ИФА _{IgM} , ИФА _{IgM+IgG} , РИФ _{abc/200} , ИБ _{IgM})
Обследование новорожденных с целью выявления врожденного сифилиса	Комплекс нетрепонемного (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) теста в количественном

	варианте постановки (+ сравнение титров с аналогичными у матери) и трепонемного (РПГА, ИФА _{IgM} , ИФА _{IgM+IgG} , РИФ _{abc/200} ? ИБ _{IgM}) теста.
Исследование спинномозговой жидкости	Комплекс нетрепонемного (РМП, РПР, VDRL) и нескольких трепонемных тестов (РПГА, РИФц, ИФА _{IgM} , ИФА _{IgM+IgG} , ИБ _{IgM} , ИБ _{IgG}) + определение количества форменных элементов, уровня белка
Контроль эффективности терапии	Нетрепонемный тест (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) в количественном варианте постановки и один из трепонемных тестов (РПГА, ИФА _{IgG} , ИФА _{IgG+IgM} , РИФ _{abc/200} , ИБ, ИХЛ, РИБТ)
Подтверждение реинфекции, дифференциальная диагностика реинфекции с клиническим и серологическим рецидивом	Нетрепонемный тест (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) в количественном варианте постановки и трепонемные тесты (РИФ _{abc/200} , ИФА _{IgM} , ИФА _{IgM+IgG} , ИБ _{IgM} , РПГА), динамическое наблюдение за уровнем антител

Методические указания к занятию по теме: «Заболевания, передающиеся преимущественно половым путем (ЗППП)»

Цель: изучение дифференциально диагностического алгоритма при ЗППП.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез ЗППП, критерии диагностики, принципы рациональной терапии и профилактики.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, разбор историй болезни.

Иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с ЗППП, основных методах обследования и лечения этих заболеваний.

Ординатор должен знать:

1. Знать особенности сбора жалоб и анамнеза при ЗППП;
2. Знать классификацию ЗППП.
3. патофизиологию выявленных синдромов,
4. клинические проявления ЗППП
5. этиологию и патогенез этих заболеваний
6. этапы диагностического поиска,
7. осложнения,
8. принципы терапии
9. основные положения международных и национальных клинических рекомендаций по теме занятия

Ординатор должен уметь:

Должен уметь проводить обследование больного с ЗППП, диагностировать осложнения, интерпретировать данные основных лабораторных, инструментальных исследований, формулировать и обосновывать развернутый клинический диагноз с учетом принятой классификации ВОЗ.

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками обследования больного при подозрении на ЗППП, взятием мазков из уретры и цервикального канала, уметь результаты лабораторных и инструментальных исследований, сформулировать диагноз.

Учебно-тематический план темы:

Практические занятия – 2 часа

Самостоятельная работа – 1 час

Всего – 3 часа

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Интерпретация результатов исследований мазков из уретры и цервикального канала, ПЦР
4. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при ЗППП.
5. Разбор историй болезней пациентов с ИППП в ведении которых допущены типичные ошибки.

Перечень вопросов для собеседования

1. Понятие об ИППП
2. Дифференциальный диагноз ИППП
3. Алгоритм ведения пациента с ИППП
4. Основные ошибки в ведении больного с ИППП

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Заболевания передающиеся половым путем»

	На 2 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	4 мин
Тестирование	9 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	18 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков	45 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	9 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	5 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование

Основные темы рефератов:

Хламидиоз (эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, врачебная тактика)

Трихомоноз (эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, врачебная тактика)

Гонорея (эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, врачебная тактика)

Основные темы докладов:

Работа врача общей практике по профилактике ЗППП

Роль врача общей практики в активном выявлении ЗППП

Фонд оценочных средств:

Тесты

Тема: “Болезни, передаваемые половым путём”.

001. К ИППП относятся:

- 1) сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз, генитальный герпес;
- 2) вирусный гепатит, чесотка, дизентерия, туляремия, сибирская язва;
- 3) токсоинфекции, корь, натуральная оспа, столбняк, бешенство.

002. Сколько длится инкубационный период при заражении гонореей?

- 1) три - пять дней.
- 2) три- четыре недели.
- 3) три - четыре месяца?

003. По каким признакам определить, что человек заразился гонореей?

- 1) резь при мочеиспускании.
- 2) красные пятна на теле больного.
- 3) волдыри на пятках.

004. Наиболее чувствительным и специфичным методом при диагностике ИППП является

- 1) ПИФ
- 2) ПЦР
- 3) ИФА

005. Характерными симптомами хламидиоза у мужчин являются:

- 1) прозрачные, скудные выделения из мочеиспускательного канала, жжение или дискомфорт в уретре при мочеиспускании, покраснения и зуд в области наружного отверстия мочеиспускательного канала.
- 2) обильные гнойные выделения из мочеиспускательного канала, жжение или дискомфорт в уретре при мочеиспускании, покраснения и зуд в области наружного отверстия мочеиспускательного канала.
- 3) Боли внизу живота

Контрольные вопросы

1. Пути передачи ИПП
2. Основные клинические проявления ИППП у мужчин и женщин
3. Жалобы и анамнез при ИППП. Основные методы диагностики ИППП
4. Причины неудачного лечения ИППП
5. Методы профилактики ИППП
6. Классификация ЗППП
7. Этапы диагностического поиска
8. Принципы терапии
9. Осложнения
10. Этиология и патогенез
11. Техника взятия мазков из уретры и цервикального канала

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

Методические указания к занятию по теме: «Опухоли кожи»

Цель: изучение клинических проявлений новообразований кожи и дифференциально-диагностического алгоритма при их выявлении

Задачи: рассмотреть патогенез опухолей кожи, клинические проявления наиболее часто встречающихся кожных новообразований, врачебную тактику, принципы диспансерного наблюдения.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор

Иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с опухолями кожи, последовательности работы на амбулаторном и стационарном этапах, основных методах обследования и лечения заболеваний доброкачественных и злокачественных новообразований кожи

Ординатор должен знать:

1. особенности жалоб и анамнеза при новообразованиях кожи;
2. классификацию опухолей кожи
3. клинические проявления наиболее часто встречающихся опухолей кожи
4. этапы диагностики опухолей кожи
5. показания для неотложного направления пациента к онкологу.
6. Принципы диспансеризации больных с различными кожными новообразованиями

Ординатор должен уметь:

Должен уметь проводить обследование больного при выявлении кожного новообразования, дифференцировать доброкачественные и злокачественные опухоли кожи, интерпретировать данные основных лабораторных и морфологических исследований кожи

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками обследования больного при выявлении опухолей кожи и их диагностики, степени тяжести, осложнений, оценки данных основных исследований.

Учебно-тематический план темы:

Практические занятия – 3 часа

Самостоятельная работа – 1 час

Всего – 4 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов с доброкачественными опухолями кожи (себорейный кератоз, пигментные невусы)
4. Интерпретация данных гистологического исследований кожных новообразований
5. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при опухолях кожи.
6. Разбор историй болезней пациентов с опухолями кожи в ведении которых допущены типичные ошибки.

7. Отработка практических навыков: осмотр больного с подозрением на опухоль кожи, дерматоскопия (при наличии показаний), выдача рекомендаций пациенту

Перечень вопросов для собеседования

1. Доброкачественные опухоли кожи, врачебная тактика при них
2. Пигментные новообразования кожи, диагностический алгоритм, врачебная тактика
3. Диагностика опухолей кожи
4. Злокачественные опухоли кожи
5. Основные ошибки амбулаторного этапа

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Опухоли кожи»

	На 3 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	6 мин
Тестирование	12 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	25 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков	70 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	12 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение	Собеседование

клинических задач, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Проверка заданий Клинические разборы
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

Синдром приобретенных меланоцитарных невусов

Базалиома

Ранняя диагностика меланомы

Плоскоклеточные рак кожи: клинические проявления, диагностика, врачебная тактика

Основные темы докладов:

Сирингома: клинические проявления, диагностика, врачебная тактика

Кератоакантома: клинические проявления, диагностика, врачебная тактика

Предраковые состояния кожи

Фонд оценочных средств:

Тесты

001. Для себорейного кератоза характерно все, кроме

- 1) Пожилой возраст (первые элементы – после 30 лет)
- 2) Закрытые участки
- 3) Желтовато-коричневая бляшка, постепенно темнеет
- 4) Гладкая поверхность

002. Облигатным предраком кожи является

- 1) старческий актинический кератоз
- 2) кожный рог
- 3) пигментная ксеродерма
- 4) поздние лучевые язвы

003. К какой стадии относится рак кожи размером 0,5 см с одним метастазом в лимфатический узел?

- 1) к 1
- 2) ко 2
- 3) к 3
- 4) к 4

004. Для рака кожи характерны признаки (отметьте 2 правильных ответа)

- 1) мягкая консистенция
- 2) твердая консистенция
- 3) валикообразные края
- 4) красноватый цвет краев

005. Какие из перечисленных признаков не являются характерными для рака на рубце? (отметьте 2 правильных ответа)

- 1) уплотнение рубца
- 2) сильная боль

- 3) изъязвление и кровоточивость
- 4) папилломатозные разрастания
- 5) кожный зуд

006. В клинический минимум обследования при подозрении на рак кожи **не** входят

- 1) общий анализ крови
- 2) рентгеноскопия (или флюорография) грудной клетки
- 3) томография легких
- 4) взятие мазков-отпечатков или биопсия пораженного участка

007. На каком расстоянии от видимого края следует иссекать плоскоклеточный рак кожи?

- 1) до 1 см
- 2) 1,5 – 2,0 см
- 3) 3 – 5 см
- 4) более 5 см

008. Какие из перечисленных ниже особенностей заставляют заподозрить меланому при длительно существовавшем пигментном пятне?

- 1) интенсивно темный цвет
- 2) сохраненная структура кожи
- 3) неровные очертания
- 4) наличие волос на поверхности пятна

009. Пигментное пятно имеет перечисленные ниже особенности. Какие из них заставляют заподозрить меланому? (отметьте 3 правильных ответа)

- 1) стало кровоточить
- 2) появились зуд и боль в области пятна
- 3) на поверхности пятна растут волосы
- 4) в окружности пятна возникли мелкие пигментированные пятнышки

Контрольные вопросы

1. Основные предраковые состояния кожи
2. При знаки малигнизации пигментного невуса
3. Рекомендации пациенту с синдромом при обретенных меланоцитарных невусов

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной 72 лет. Около 6 месяцев беспокоит наличие на лице изъязвляющейся бляшки. При осмотре на коже правой щеки на фоне выраженного инфильтрата имеется округлая язва, желтовато-геморрагической коркой. Предположительные диагнозы, врачебная тактика.

Базалиома? Плоскоклеточный рак?

Задача 2.

Больная 21 года, обратилась по поводу увеличивающейся в размерах «родинки» (за последние несколько месяцев она увеличилась от 2 мм до 1 см в диаметре). При осмотре

на коже груди имеется невоспалительная папула мягкой консистенции, на широкой ножке. Кожа вокруг видимо не изменена. Предварительный диагноз?

Кератопапилома?

Задача 3.

Больной 44 лет. Около 5 месяцев беспокоит наличие новообразования на крыле носа, где имеется плотный узел около 3 см в диаметре, на поверхности толстая гнойно-геморрагическая корка. Периферические лимфоузлы не увеличены. Предположительный диагноз? Врачебная тактика.

Плоскоклеточный рак?

Задача 4

Больная 29 лет, жалуется на наличие образования с мокнутием в центре в области переходной складки правой молочной железы, на протяжении 1,5 месяцев. Молочные железы одинаковых размеров, не деформированные. При пальпации опухолей в паренхиме молочных желез не определяется. Периферические лимфоузлы не увеличены. Около соска правой молочной железы имеется розовая бляшка с четкими границами и серозной коркой на поверхности. Предположительный диагноз. Врачебная тактика.

Болезнь Педжета?

Задача 5

Больная 76 лет, жалуется на наличие безболезненного уплотнения в околоушной области слева, которая нашла 5 лет тому назад. Обратилась по поводу увеличения образования в размерах и изъязвления. Занималась самолечением - обрабатывала язву настойкой трав. При осмотре имеется язва неправильных очертаний, покрытая коркой серого цвета и окруженная немного приподнятым валиком, состоящим из мелких зернистых образований, напоминающих жемчужины. Предположительный диагноз. Врачебная тактика

Базалиома?

Задача 6

больной 47 лет. Отмечает в течение месяца появление болезненности и изменение цвета (на более темный) «родинки». При осмотре на коже предплечья имеется бляшка черного цвета, неправильных очертаний. По периферии бляшки имеется воспалительный венчик. Предположительный диагноз. Врачебная тактика.

Меланома?

Контрольные вопросы

1. классификация опухолей кожи
2. клинические проявления наиболее часто встречающихся опухолей кожи
3. признаки малигнизации невуса
4. принципы диспансеризации больных с различными кожными новообразованиями
5. обследование больного при выявлении кожного новообразования
6. дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей кожи

7. обследование пациента с опухолью кожи

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

Методическое обеспечение:

таблицы классификаций
наборы лабораторных анализов по теме занятия,
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни
лекции кафедры,
методическое пособие

Приложение

Доброкачественные опухоли кожи

- Себорейный кератоз
- Папиллома
- Дерматофиброма
- Ксантома
- Цилиндрома
- Липома, Атерома
- Гиперплазия сальных желез
- Сирингома
- Трихоэпителиома

Предраки кожи

неопухолевого характера

- Хронические воспалительные
- дерматозы
- Нестойкие рубцы

- Длительно существующие язвы и пр.
- опухолевого характера**
- Старческая кератома (кератоз)
 - Актинический кератоз (Облигатный предрак)
 - Кожный рог
 - Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона

Злокачественные опухоли кожи

- Базалиома
- Плоскоклеточный рак in situ (болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра)
- Плоскоклеточный рак инвазивный
- Меланома

Методические указания к практическому занятию по теме: « Наследственные дерматозы»

Цель: обучение диагностике, дифференциальной диагностике и принципам терапии генодерматозов. Закрепить знания по диагностике факоматозов, буллезного эпидермолиза и ихтиозов. Усвоить основные принципы лечения буллезного эпидермолиза и ихтиозов.

Задачи: Рассмотреть современные представления об этиологии, патогенезе, принципах терапии и профилактики генодерматозов.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор.

Ординатор должен знать:

1. основные клинические проявления нейрофиброматоза (болезни Реклингаузена) и туберозного склероза (болезни Прингля-Бурневиля);
2. принципиальное отличие простого и дистрофического буллезного эпидермолиза;
3. клинические проявления различных ихтиозов
3. необходимый объем обследования при факоматозах.
4. врачебную тактику при различных вариантах буллезного эпидермолиза;
5. врачебную тактику при различных вариантах ихтиозов

Ординатор должен уметь:

1. Назначить обследование при факоматозах;
2. Назначить наружную терапию при буллезном эпидермолизе;
3. назначить общую и наружную терапию при ихтиозах

Ординатор должен владеть:

1. навыками обследования дерматологического больного
- 2.дополнительными методами обследования кожи

Учебно-тематический план темы:

Практические занятия – 3 часа

Самостоятельная работа – 1 час

Всего – 4 часа

Семинарское занятие включает в себя:

- 1.Вводный контроль (тесты).
- 2.Беседа по теме занятий.
- 3.Клинический разбор пациентов
- 4.Решение ситуационных задач.

Перечень вопросов для собеседования

1. общее понятие о наследственных заболеваниях кожи
2. клиническая картина факоматозов
3. врачебная тактика при подозрении на факоматоз
4. классификация буллезного эпидермолиза
5. клиническая картина при различных вариантах буллезного эпидермолиза
6. врачебная тактика при различных вариантах буллезного эпидермолиза
7. классификация ихтиозов
8. врачебная тактика, принципы терапии различных вариантов ихтиозов.

Хронокарта клинического практического занятия по теме: « **Наследственные дерматозы**»

	На 3 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	6 мин
Тестирование	12 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	25 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	70 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	12 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов

Основные темы рефератов:

1. Поддерживающая терапия при вульгарном ихтиозе
2. Асептические повязки, их значение при дистрофическом буллезном эпидермолизе
3. Инфекционные осложнения буллезного эпидермолиза

Основные темы докладов:

1. Поддерживающая терапия при вульгарном ихтиозе в зависимости от тяжести течения заболевания
2. Факоматозы – роль врача общей практики

Фонд оценочных средств:

Тесты

001. Нейрофиброматоз (болезнь Реклингаузена является:

- 1) аутосомно-доминантным заболеванием
- 2) аутосомно-рецессивным заболеванием

3) X-сцепленным заболеванием

4) полигенным заболеванием

002. Локализация высыпаний при нейрофиброматозе:

1) только в/ч головы

2) только кожа корпуса

3) только кожа конечностей

4) только кожа лица

5) расположение случайное, но могут локализоваться в пределах одной области

003. Туберозный склероз (болезнь Прингля-Бурневиля) является::

1) аутосомно-доминантным заболеванием с высоким процентом новых мутаций

2) аутосомно-рецессивным заболеванием

3) X-сцепленным заболеванием

4) полигенным заболеванием

004. К большим кожным критериям туберозного склероза относятся:

1) фациальные фибромы

2) ногтевые или околоногтевые фибромы

3) гипопигментированные пятна

4) кожные образования в виде конфетти

005. Вульгарный ихтиоз является::

1) аутосомно-доминантным заболеванием

2) аутосомно-рецессивным заболеванием

3) X-сцепленным заболеванием

4) полигенным заболеванием

006. Для вульгарного ихтиоза характерно:

1) нетяжелый гиперкератоз, преимущественно на нижних конечностях

2) частое сочетание с атопией

3) тяжелое течение

4) преимущественное поражение кожи лица

5) выпадение волос

007. При лечении вульгарного ихтиоза чаще всего используются:

1) топические стероиды

2) топические ингибиторы кальциневрина

3) увлажняющие и оживляющие средства

4) системные стероиды

5) системные иммуносупрессанты

008. Для X-сцепленного ихтиоза характерно:

1) развитие болезни у мальчиков сразу после рождения

2) развитие болезни у девочек сразу после рождения

3) легкое течение

4) развитие заболевания в пубертатном периоде

009. Простой буллезный эпидермолиз абсолютном большинстве случаев является:

1) аутосомно-доминантным заболеванием

2) аутосомно-рецессивным заболеванием

3) X-сцепленным заболеванием

4) полигенным заболеванием

010. В большинстве случаев прогноз при простом буллезном эпидермолизе::

- 1) с возрастом заболевание прогрессирует
- 2) течение прогредиентное
- 3) в большинстве случаев проявления болезни стихают с возрастом
- 4) в большинстве случаев прогноз неблагоприятный

012. Лечение буллезного эпидермолиза:

- 1) паллиативное симптоматическое
- 2) ацетритин
- 3) системные стероиды
- 4) ПУВА-терапия
- 5) системные цитостатики

013. Наиболее тяжелым вариантом буллезного эпидермолиза является

- 1) простой буллезный эпидермолиз
- 2) Доминантный дистрофический буллезный эпидермолиз
- 3) рецессивный дистрофический буллезный эпидермолиз

Контрольные вопросы

1. Принципиальные отличия простого и дистрофического буллезного эпидермолиза.
2. Принципы терапии буллезного эпидермолиза
3. Общее понятие об ихтиозиформных дерматозах
4. Принципы терапии вульгарного ихтиоза
5. Кожные проявления нейрофиброматоза
6. Системные проявления нейрофиброматоза
7. Врачебная тактика при нейрофиброматозе
8. Кожные проявления туберозного склероза
9. Системные проявления туберозного склероза
10. Врачебная тактика при туберозном склерозе

Ситуационные задачи

У мужчины 26 лет обратился к врачу по поводу артериальной гипертензии. При осмотре обращают на себя внимание макроцефалия, множественные округлые коричневые пятна на коже корпуса, имеющиеся у пациента с раннего детского возраста. Мелкие пигментные пятна на коже подмышечных впадин и большое количество мягких лилово-розовых куполообразно возвышающихся над окружающей кожей новообразований 1-2 см в диаметре преимущественно на коже туловища.

Предположительный диагноз, его обоснование и врачебная тактика.

Женщина 19 лет. С 5 до 16 лет частые эпилептиформные припадки. В дальнейшем – редкие. На коже корпуса большое количество гипопигментированных пятен, напоминающих по очертаниям листья, множественные розовые узелки на лице, больше в периоральной области и около носа, желтовато-коричневая бляшка на коже ягодицы. Обращает на себя внимание «изъеденная» зубная эмаль.

.Предположительный диагноз и его обоснование. План обследования.

Больной 19 лет, страдающий атопическим дерматитом с раннего детского возраста, обратился связи с ухудшением течения заболевания. С раннего детства отмечает резкую сухость кожи, особенно на голенях. При смотре – кожа сухая, дисхромичная. На дистальных отделах конечностей (особенно на голенях) кожные чешуйки, напоминающие рыбью чешую. Множественные экскориации. На коже локтевых сгибов, подколенных ямок и задней поверхности шеи грубая лихенификация.

Предположительный диагноз, Врачебная тактика.

Пациент 19 лет. С раннего детского возраста отмечает повышенную травмируемость кожи, больше в летнее время. На местах легкой травматизации образуются пузыри с плотной покрывкой.

Предположительный диагноз, его обоснование и врачебная тактика.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>