

Электронная цифровая подпись

Лысов Николай Александрович



F 2 5 6 9 9 F 1 D E 0 1 1 1 E A

Бунькова Елена Борисовна



F C 9 3 E 8 6 A C 8 C 2 1 1 E 9

Утверждено 31 мая 2018 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»**

**Направление подготовки 31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)**

Направленность: Лечебное дело

Квалификация (степень) выпускника: Врач –лечебник

Форма обучения: очная

Срок обучения: 6 лет

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса по дисциплине «Дерматовенерология» (лечебный факультет)

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студентов).

Самостоятельная работа студентов в ВУЗе является важным видом учебной и научной деятельности студента. Самостоятельная работа студентов играет значительную роль в рейтинговой технологии обучения. В связи с этим, обучение в ВУЗе включает в себя две, практически одинаковые по объему и взаимовлиянию части – процесса обучения и процесса самообучения. Поэтому СРС должна стать эффективной и целенаправленной работой студента.

Концепцией модернизации российского образования определены основные задачи высшего образования - "подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности".

Решение этих задач невозможно без повышения роли самостоятельной работы студентов над учебным материалом, усиления ответственности преподавателей за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста студентов, воспитание творческой активности и инициативы.

К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных

Навыков (компетенций) и умения самостоятельно добывать знания из различных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ. При этом самостоятельная работа студентов играет решающую роль в ходе всего учебного процесса.

2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Дерматовенерология» (лечебный факультет)

№ п/п	№ компетенции	Формулировка компетенции
1	ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок
	ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации
	ПК-6	способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра
	ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами
2	ПК-10	готовностью к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи

3. Цели и основные задачи СРС

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста (или бакалавра) с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует

развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС в плане формирования вышеуказанных компетенций являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста

4. Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе по дисциплине «Дерматовенерология» (лечебный факультет) выделяется два (один) вид(а) самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

4.1. Написание рефератов и презентаций по темам:

Тема 1.

1. Анатомо-морфологические особенности детской кожи, слизистой полости рта.
2. Анатомия кожи. Строение слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.

Тема 2. Дерматиты. Токсикодермии. Экземы.

3. Кожный зуд. Крапивница. Профессиональные дерматозы.
4. Атопический дерматит.

Тема 3. Псориаз. Красный плоский лишай.

5. Красный плоский лишай. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
6. Псориаз. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Тема 4. Красная волчанка. Склеродермия

7. Красная волчанка. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Склеродермия. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Тема 5. Доброкачественные и злокачественные новообразования кожи.

9. Доброкачественные и злокачественные новообразования кожи. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
10. Пемфигоиды. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Тема 6. Пузырные дерматозы. Многоформная экссудативная эритема.

11. Пузырные дерматозы. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
12. Многоформная экссудативная эритема. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Тема 7. Пиодермии. Чесотка.

13. Пиодермии. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
14. Чесотка. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Тема 8. Микозы.

15. Дерматомикозы. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
16. Кератомикозы. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Тема 9. Вирусные дерматозы.

17. Контагиозный моллюск. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

18. Вирусные дерматозы. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Тема 10. Сифилис.

19. Основные этапы развития венерологии.

20. Сифилис. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Тема 11. Гонорея. Трихомоназ. Негонококковые уретриты.

21. Микоплазменные инфекции урогенитального тракта. Урогенитальный кандидоз.

22. Бактериальный вагиноз. Генитальный герпес.

Тема 12. Дерматологические аспекты СПИДа.

23. Дерматологические аспекты СПИДа

24. Профилактика ЗППП.

4.2 Решение ситуационных задач

Тема 1. Введение в дерматологию. Методика обследования дерматологических больных. Первичные и вторичные морфологические элементы. Принципы диагностики и лечения дерматозов.

Задача № 1.

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

Вопросы:

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

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Папула является первичным морфологическим элементом сыпи, представляет собой ограниченное возвышающееся уплотнение кожи, не имеющее полости.
2. Основным гистопатологическим процессом, наблюдающимся в папулах красного плоского лишая – неравномерный гипергранулез.

Задача № 2.

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

Вопросы:

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

Эталон ответа к задаче № 2.

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

Задача № 3.

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

Вопросы:

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

Эталон ответа к задаче № 3.

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

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

2. Причиной возникновения дерматоза могло быть сильное нервное переживание.

Задача № 4. У мужчины 52 года в области подошвы кожа утолщена, шелушится, одновременно имеются линейные дефекты в области пяток и межпальцевых складках. На своде видны полупрозрачные, возвышающиеся над кожей полостные элементы, величиной с косточку вишни прозрачным содержимым.

Вопросы:

1. Определить морфологические элементы
2. Перечислить возможные варианты исходы описанных элементов

Эталоны ответов к задаче №4

1. Везикулы-первичные морфологические элементы папулы, чешуйки, трещины-вторичные морфологические элементы
2. Бесследное разрешение.

Задача № 5

У ребенка 4-х лет на коже предплечья возникли возвышающиеся над кожей высыпания, величиной с горошину. При вскрытии вытекает гнойное содержимое, и обнажается гладкий, блестящий, красного цвета дефект кожи.

1. Определить морфологические элементы
2. Какие следует ожидать вторичные изменения кожи на месте описанных высыпаний

Эталоны ответов к задаче №5

1. Пустулы, эрозии
2. Бесследное разрешение или вторичная пигментация

Тема 2. Дерматиты. Токсикодермии. Экземы.

Задача № 1.

Больная, 20 лет, две недели назад обожгла область предплечья кипятком.

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

Вопросы:

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

Эталоны ответов к задаче № 1.

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

Задача № 2.

Больная М., 27 лет, жалуется на появление зудящих высыпаний, общее недомогание, повышение температуры тела до 37,5° С. Высыпания появились в период заболевания ангиной, по поводу которой принимала аспирин, какой-то антибиотик, полоскания горла раствором перманганата калия.

Объективно: на коже туловища, лица, верхних и нижних конечностей обильная сливающаяся розеолезная, папулезная сыпь розово-красного цвета с мелкопластинчатым шелушением. Местами имеются немногочисленные петехии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и назначьте лечение больной.

2. Что могло послужить причиной болезни?

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. Токсикодермия медикаментозная.
2. Отменить аспирин и антибиотик. Промыть желудок и кишечник. Ввести гемодез. Диуретики, энтеросорбенты, гипосенсибилизирующие и антигистаминные препараты. Водно-спиртовая взбалтываемая жидкость.

Задача № 3.

Больная С., 49 лет. Поступила в клинику 20/1 2004 г. с жалобами на поражение кожного покрова и слизистой оболочки ротовой полости. Данное заболевание возникло 18/1 2004 г. на 10-й день лечения мономицином по поводу хронической пневмонии. Состояние больной средней тяжести, температура—39,6°, пульс—102 удара в минуту, частота дыхания — 46, артериальное давление 100/70 мм рт. ст. Поражение кожи захватывает примерно 50—60% кожного покрова. В средней части туловища, на ягодицах и бедрах поражение проявляется диффузной эритемой с изолированно расположенными пузырями; в верхней части туловища, на лице, плечах и в крупных складках кожи — отдельными очагами эритемы с эрозиями и пузырями. Положительный симптом П. В. Никольского в окружности эрозий. На слизистой полости рта — покраснение, эрозии. Миндалины отечны и гиперемированы. На языке — сероватый пленчатый налет. На месте инъекций мономицина, на правой ягодице, расположен массивный багровый инфильтрат с некрозом в центре. В легких сухие хрипы. Со стороны сердца и других внутренних органов патологии не выявлено.

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

Вопросы:

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

Эталоны ответов к задаче № 3.

1. Диагноз: токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла), феномен Артюса. Правосторонняя интерстициальная пневмония.
2. Отменить инъекции мономицина. Назначить преднизолон по 60 мг в сутки внутримышечно и внутривенно, капельные вливания физиологического раствора, 5% раствора глюкозы, обильное питье, наружные средства.
3. Выздоровление. В будущем при необходимости назначения антибиотиков — не применять мономицин.

Задача № 4

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

Вопросы:

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

Эталоны ответов к задаче № 4.

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

Задача № 5

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

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?

3. Профилактика?

Эталоны ответов к задаче №5.

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

Тема 3. Псориаз. Красный плоский лишай

Задача №1.

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

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

Вопросы:

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

Эталоны ответов к задаче №1

1. Псориаз. Псориатическая триада (феномены стеаринового пятна, терминальной пленки, точечного кровотечения).
2. Прогрессивная стадия.
3. Десенсибилизирующие препараты, седативные. Витамины (А, С, комплекса В,

никотиновая кислота). Наружно: 2%-ная салициловая мазь или кортикостероидные мази, затем рассасывающие средства.

Задача №2.

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

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

Вопросы:

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

Эталоны ответов к задаче № 2.

1. У больного диссеминированный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия, осенне-зимняя форма.
2. Лечение: десенсибилизирующие, антигистаминные, мочегонные, препараты калия, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, затем присоединение иммуностимулирующих средств – пирогенал, аутогемотерапия, витаминотерапия. Наружно- 3% серная мазь. Физиолечение: элекросон в прогрессирующей стадии. Общее УФО в регрессивной стадии.
3. Диспансерное наблюдение у дерматолога, избегать переохлаждения и стрессов, противорецидивное лечение осенью (витаминотерапия, иммуностимуляторы, общее УФО).

Задача №3.

Мужчина 35 лет обратился с жалобами на сильный зуд, высыпания на коже.

Заболел 10 дней назад после психической травмы. В семье жена и 2 сыновей здоровы.

Живет в благоустроенной квартире, насекомых нет. Больной нервничает, легко возбудим,

нарушен сон. Зуд беспокоит днем и ночью.

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

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

Эталонные ответы к задаче №3

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

Задача № 4

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

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

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

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

Вопросы:

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

Эталонные ответы к задаче 4.

1. У больного И., распространенный красный плоский лишай, с поражением слизистой полости рта и кожи, пигментно-пемфигоидная форма.
2. Патогистология: акантоз, эпидермальные сосочки сглажены, гиперкератоз, гипергипергранулез. В базальном слое явления вакуольной дистрофии, в верхней трети дермы - лимфоцитарный инфильтрат, имеются меланофаги и свободно лежащий пигмент.
3. Лечение: пресорил, аспаркам, метионин, антигистаминные препараты, наружно - анилиновые краски, кремы с добавлением стероидных мазей в низкой концентрации.

Задача № 5.

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

Поражение носит распространенный характер. На волосистой части головы, груди, спине, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей имеются папулы ярко-красного цвета, размерами 0,2 x 0,2 до 0,7 x 0,7 см, местами сливающиеся в бляшки 2x3 и 3x4 см, по периферии элементов выражен венчик роста. На поверхности папул и бляшек - массивные чешуе-корки.

Псориатическая триада вызывается. Феномен Кебнера положителен. Ногти кистей и стоп с наперстковидной истыканностью, грязно-серого цвета с подногтевым гиперкератозом.

Вопросы:

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

Эталоны ответов к задаче № 5.

1. У больного диссеминированный эксудативный псориаз, прогрессирующая стадия, осенне-зимняя форма.
2. Лечение: десенсибилизирующие, антигистаминные, мочегонные, препараты калия, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, затем присоединение иммуностимулирующих средств – пирогенал, аутогемотерапия, витаминотерапия. Наружно- 3% серная мазь. Физиолечение: элекросон в прогрессирующей стадии. Общее УФО в регрессивной стадии.
3. Диспансерное наблюдение у дерматолога, избегать переохлаждения и стрессов, противорецидивное лечение осенью (витаминотерапия, иммуностимуляторы, общее УФО).

Тема 4. Красная волчанка. Склеродермия

Задача №1

На прием к врачу обратилась больная 38 лет, с жалобами на появившиеся очаги на коже живота, в этих местах она отмечает похолодание, напряжение кожи. Заболевание связывает с переохлаждениями и частыми ангинами. Три недели спустя после очередного переохлаждения появились округлые бляшки синюшно-красного цвета в области живота. Пораженная кожа была отечной с тестоватой консистенцией. Через несколько недель развилось деревянистое затверждение кожи в очагах поражения, цвет очагов стал бледно-синюшным. Больная не лечилась. Сопутствующая патология – стоит на учете у эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы, у врача ЛОР - в связи с хроническим тонзиллитом. Объективно: на коже живота очаг размером 10x15 см, гладкий, блестящий, плотной консистенции. Цвет очага желтовато-розовый, по периферии имеется сиреневый ободок, форма очага неправильно-овальная, центр несколько западает. При пальпации выявляется деревянистое затверждение кожи, она плотно прилегает к подлежащим тканям, не собирается в складки, рисунок ее сглажен, волосы в очагах отсутствуют.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Лечение.

Эталоны ответов к задаче №1

1. Ограниченная форма склеродермии.
2. Лечение сопутствующей патологии. Лидаза, витамины А и Е, препараты никотиновой кислоты, пенициллин. Наружно – парафиновые аппликации, массаж, ультразвук.

Задача № 2.

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

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Поражена кожа лица в области щек и спинки носа, где имеются очаги, по форме напоминающие бабочку, размерами 4x5 см и 2x5 см с четкими, неровными границами. В центре очагов имеются участки рубцевидной атрофии, по периферии - зона фолликулярного гиперкератоза и гиперемии застойно-синюшного цвета. На поверхности очагов имеются участки с наличием чешуек серого цвета, при поскабливании которых отмечается болезненность (симптом Бенье-Мещерского). С внутренней стороны чешуек видны шипики (симптом «дамского каблука»). В центральной части очага кожа истончена, депигментирована, с множественными телеангиоэктазиями. Других высыпаний на коже и слизистых нет. LE- клетки в крови не обнаружены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте больному лечение.

3. Прогноз заболевания?
4. Каковы меры профилактики рецидивов?

Эталонные ответы к задаче № 2.

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

Задача №3.

Больная Б., 80 лет, пенсионерка, обратилась в РКВД, с жалобами на появление участков уплотнения по всему кожному покрову, жжение, зуд, затруднения при движениях в плечевых, локтевых, голеностопных суставах. 2 года назад после травмы стало беспокоить чувство стягивания кожи, покалывания, преимущественно на боковых поверхностях туловища в поясничной области. Появились участки уплотнения на коже плеч, предплечий, груди, живота, бедер, голеней, ограничение объема движений в суставах.

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

Вопросы:

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

Эталонные ответы к задаче №3.

1. У больной Системная склеродермия, диффузное поражение кожи, мышечно-суставной синдром, хроническое течение.
2. Д-пеницилламин (купренил) по 500 мг/сут - 6 месяцев под контролем анализов крови и мочи, аминохиноловые препараты - делагил 250 мг/сут в сочетании с нестероидными противовоспалительными (индометанин, ибупрофен). Лидаза по 64 ЕД/сут через день № 20, витамины группы А, Е, В, С. Электрофорез с гиалуронидазой, аппликации ДМСО.
3. Прогноз при хроническом, медленно прогрессирующем течении благоприятный. При развитии системной склеродермии в пожилом возрасте заболевание протекает не столь агрессивно.

Задача № 4.

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

В детстве росла и развивалась нормально. Перенесла краснуху, часто болела ОРВИ. Общее состояние удовлетворительное. При физикальном исследовании патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. На латеральной поверхности правого бедра имеется очаг уплотнения кожи диаметром около 10 см с четкими границами, розово-красного цвета, округлой формы, правильных очертаний. По периферии очага имеется ободок шириной 1,5 см, нечетких очертаний, сиреневого цвета, постепенно переходящий в неизмененную кожу. На коже нижней трети живота справа располагается очаг диаметром около 3 см, сиренево-красного цвета, постепенно переходящий в неизмененную кожу без нарушения плотности и эластичности.

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

Вопросы:

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

Эталоны ответов к задаче № 4.

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

Задача № 5.

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

В детстве росла и развивалась нормально. Перенесла краснуху, часто болела ОРВИ. Общее состояние удовлетворительное. При физикальном исследовании патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. На латеральной поверхности правого бедра имеется очаг уплотнения кожи диаметром около 10 см с четкими границами, розово-красного цвета, округлой формы, правильных очертаний. По периферии очага имеется ободок шириной 1,5 см, нечетких очертаний, сиреневого цвета, постепенно переходящий в неизмененную кожу. На коже нижней трети живота справа располагается очаг диаметром около 3 см, сиренево-красного цвета, постепенно переходящий в неизмененную кожу без нарушения плотности и эластичности.

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

Вопросы:

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

Эталоны ответов к задаче № 5.

1. У больной бляшечная склеродермия.
2. Бляшечную склеродермию дифференцируют с витилиго и недифференцированной формой лепры.
3. При лечении бляшечной склеродермии применяется пенициллина натриевая соль по 500 000 ЕД х 4 раза в день на курс до 20 млн ЕД. Показаны вазоактивные средства (теоникол, компламин, никотиновая кислота, никошпан). Ферментные препараты - лидаза по 64 ЕД в/м (15-20 инъекций

на курс), фоно- или электрофорез ронидазы, трипсина, ультрафонофорез купренила с гидрокортизоном, витамины группы А,Е, В, С. Наружно - димексид. Лечение курсами с перерывом 3 месяца - до 6-8 курсов. Кроме того, с успехом применяется препарат, улучшающий микроциркуляцию - дипромоний, в начале курса парентерально - 0,05 г, растворяя в 2 мл воды для инъекций – 5 дней, затем внутрь в таблетках по 0,02 г 3 раза а в день после еды – 35-40 дней.

Тема 5.Доброкачественные и злокачественные новообразования кожи

Задача №1

Больная, М, 1960 г.р., обратилась с жалобами на высыпания, которые имеются с рождения на коже лобной области. Около 5 лет назад после травмы появились коричневые узелки на поверхности высыпаний. С возрастом площадь высыпаний растет по периферии.

Объективно: В области лба на участке 5, на 4 см множественные папулезные элементы телесного цвета, склонные к слиянию. В центральной части образования – узелки черного цвета 0,5-0,5- 0,8,- 0,5см. Была проведена контактная биомикроскопия пигментных папул – видна сетчатая пигментная структура образований.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Укажите, на фоне какой патологии развилось данное осложнение.
3. Назовите заболеваниями, с которыми необходимо дифференцировать.
4. Назовите методы исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
5. Лечение больной.

Эталонные ответы к задаче №1:

1. Пигментная форма базалиомы.
2. На фоне невуса сальных желез.
3. Дифференцировать с гиперплазией сальных желез.
4. Биопсия в онкоцентре.
5. Лечение в онкоцентре.

Задача №2

Больной И. 67 лет направлен на гистологическое исследование кожи с д/з: ДКВ. Высыпания существуют в течение 6 мес, получал наружно гормональную мазь в течение 1,5 мес, без эффекта.

Об-но: На коже шеи справа - пятно округлой формы с четкими границами розово-красного цвета, с легкой атрофией и телеангиэктазиями на поверхности.

Проведена диагностическая биопсия с очага: Из эпидермиса спускаются в дерму комплексы опухолевых клеток с мелкими базофильными ядрами, по периферии комплексов - клетки выстроены палисадообразно.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте Ваше предположение.
3. Уточните, с какими кожными заболеваниями необходимо дифференцировать.
4. Лечение.
5. Уточните прогноз.

Эталонные ответы к задаче №2:

1. Базалиома.
- 2.Наличие пятна с четкими границами розово-красного цвета, с легкой атрофией. Данные диагностической биопсии с очага.
3. Болезнь Боуэна, псориаз.
4. Лечение у онколога.
5. Прогноз благоприятный.

Задача №3

Больной Р. обратился в ККВД с жалобами на образование на коже живота. Из анамнеза: со слов

большого на коже живота длительно существовала «родинка», которая последние месяцы стала увеличиваться в размере и менять цвет.

Локальный статус: На коже передней брюшной области солитарная бляшка плотноэластической консистенции с неровными границами. Цвет бляшки неравномерный – от коричневого до черного. Поверхность бляшки бугристая.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Уточните, на фоне какой патологии развилось данное осложнение.
3. Укажите, с какими кожными заболеваниями необходимо дифференцировать.
4. Укажите, какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза.
5. Дайте прогноз.

Эталон ответов к задаче №3:

1. Меланома.
2. На фоне пигментного невуса.
3. Пигментный невус, сенильная кератома.
4. Тотальное удаление в онкоцентре с гистологическим исследованием.
5. Прогноз неблагоприятный в силу быстрого развития метастазов

Задача № 4

На консультацию к дерматологу направлена больная 76 лет, пенсионерка, с жалобами на затвердение кожи в области переносицы, незначительный зуд в этой области.

ИЗ АНАМНЕЗА: считает себя больной около 2,5 лет, когда впервые на коже переносицы появился «прыщик» размером с просыное зерно. Больная попыталась его выдавить, но безуспешно. «Прыщик» постепенно увеличивался, беспокоя незначительным зудом. Через некоторое время в центре появилась кровотокающая эрозия. Лечилась сама, прижигала эрозию настойкой йода и бриллиантовой зеленью. Обратилась к дерматологу.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: На коже переносицы овальной формы плотное на ощупь образование размером 0,5 x 1,0 см с геморрагической корочкой в центре и «жемчужными» возвышающимися краями. Воспаления окружающей здоровой кожи нет. При пальпации болезненности нет.

Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Обоснуйте Ваше предположение.
3. Укажите, с какими кожными заболеваниями необходимо дифференцировать.
4. Укажите, какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза.
5. Дайте прогноз.

Эталон ответов к задаче №4:

1. Базалиома.
2. Возраст больной, типичная локализация, длительность процесса, очаг овальной формы плотный на ощупь с геморрагической корочкой в центре и «жемчужными» возвышающимися краями.
3. Дифференцировать с эпителиомой, пиококковой язвой.
4. Тотальное удаление в онкоцентре с гистологическим исследованием.
5. Прогноз благоприятный.

Задача № 5

На прием к дерматологу обратился больной 60 лет, с жалобами на наличие кровотокающей язвы на нижней губе. Беспокоит болезненность в области язвы.

ИЗ АНАМНЕЗА: Считает себя больным в течение 3,5 лет, когда во время длительного пребывания на солнце отметил покраснение нижней губы, отек, шелушение, образование трещины. Такая картина сохранялась в летнее время года, а зимой процесс регрессировал. Год назад образовался очаг шелушения, местами покрытый трудно снимающейся сероватой коркой с бородавчатой поверхностью. Субъективно процесс не беспокоил. Зимой в центре появилась трещина, которая не заживала и постепенно превратилась в язву. К врачам больной не обращался. Смазывал губы бараньим жиром, различными мазями. Из вредных привычек отмечает курение на протяжении 47 лет.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: На нижней губе язва 0,8 x 1,9 см, с бородавчатыми разрастаниями по

периферии. Края язв неровные, подрытые. Дно ее покрыто грязно-желтыми корочками, неровное. При пальпации вокруг язвы определяется инфильтрат. Подчелюстные лимфатические узлы величиной с вишню, плотной консистенции, малоподвижные.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Укажите, каких специалистов необходимо привлечь для уточнения диагноза.
3. Уточните, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать патологический процесс у данного больного.
4. Укажите, какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза.
5. Укажите, на фоне какой патологии развился данный процесс.

Эталон ответов к задаче №5:

1. Рак губы.
2. Необходим онколог.
3. Дифференцировать с базаломой, хронической трещиной губы, пиококковой язвой.
4. Тотальное удаление в онкоцентре с гистологическим исследованием.
5. данный процесс развился на фоне метеорологического хейлита и хронической трещины губы.

Тема 6. Пузырные дерматозы. Многоформная экссудативная эритема.

Задача № 1.

Больная М., 32 лет, медицинская сестра, поступила в РКВД 4 октября. Месяц назад появились мокнущие эрозии за ушными раковинами, в подмышечных и паховых складках, на туловище. Акантолитические клетки в препаратах-отпечатках не обнаруживались. С предположительным диагнозом Синдром Лайелла лечилась в ЦРБ преднизолоном в суточной дозе 60 мг, что привело к клиническому выздоровлению, однако быстрое снижение дозы препарата вызвало рецидив болезни. Вновь стали появляться эрозии, которые покрывались слоистыми корками, была направлена в РКВД. При поступлении: процесс носит универсальный характер. На животе, груди эритематозная кожа покрыта наслаивающимися друг на друга корками. На ягодицах, бедрах, верхних конечностях - обширные эрозии с обрывками покрывок пузырей. На голених, стопах, предплечьях и кистях - множество пузырей размером от 1,5x1,5 до 5x6 см с дряблой покрывкой, серозным и серозно-гнойным содержимым. Вся кожа отечна. Симптом Никольского резко положителен. В мазках - отпечатках обнаружены РН-клетки. Слизистые оболочки не поражены. Общее состояние тяжелое. Температура тела 37,6-37,8 пульс 112-120 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Внутренние органы без патологии.

Вопросы:

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

Эталоны ответов к задаче № 1.

1. У больной листовидная пузырчатка (эрозии, покрытые слоистыми корками, РН-клетки обнаружены в мазках отпечатках, симптом Никольского положителен, тяжелое общее состояние больной).
2. Листовидную пузырчатку дифференцируют с эритродермиями различного происхождения (вторичные эритродермии, токсикодермии), с токсическим эпидермальным некролизом (синдром Лайелла), вульгарной пузырчаткой, герпетиформным дерматитом Дюринга (пузырной формой).
3. Начинают лечение с ударных доз кортикостероидных гормонов 100-180 мг преднизолона - комбинация парентерального и перорального пути введения препарата - до эпителизации эрозий с последующим снижением дозы препарата до поддерживающей каждые 5 -10 дней на 5-2,5 мг. Одновременно назначают препарата калия (аспаркам, панангин), антибиотики широкого спектра, затем – по чувствительности флоры к антибиотикам, витамины группы В, аскорбиновую кислоту,

анаболические гормоны (ретаболил, нераболил), антикоагулянты, диуретики. Возможна комбинация кортикостероидов с цитостатиками, что позволяет снизить дозу стероидов. Наружно: аэрозоли, содержащие глюкокортикоиды и антибиотики, анилиновые красители.

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

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

Задача № 2.

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

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

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

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

Вопросы:

1. Обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Назначьте лечение больной.
4. Каков прогноз заболевания?

Эталонные ответы к задаче № 2.

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

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

3. Начинают лечение с ударных доз кортикостероидных гормонов 100-180 мг преднизолона - комбинация парентерального и перорального пути введения препарата - до эпителизации эрозий с последующим снижением дозы препарата до поддерживающей каждые 5-10 дней на 5-2,5 мг.

Одновременно назначают препараты калия (аспаркам, панангин), антибиотики широкого спектра, затем - по чувствительности флоры в антибиотикам, витамины группы В, аскорбиновую кислоту, анаболические гормоны (ретаболил, нераболил), антикоагулянты, диуретики. Возможна комбинация кортикостероидов с цитостатиками, что позволяет снизить дозу стероидов. Наружно: аэрозоли, содержащие глюкокортикоиды и антибиотики, анилиновые красители.

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

Задача №3

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

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

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больной.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Назначьте лечение больной.

Эталонные ответы к задаче №3

1. Листовидная пузырчатка
2. Листовидную пузырчатку дифференцируют с эритродермиями различного происхождения (вторичные эритродермии, токсикодермии), с токсическим эпидермальным некролизом (синдром Лайелла), вульгарной пузырчаткой, герпетиформным дерматитом Дюринга (пузырной формой).
3. Начинают лечение с ударных доз кортикостероидных гормонов 100-180 мг преднизолона - комбинация парентерального и перорального пути введения препарата - до эпителизации эрозий с последующим снижением дозы препарата до поддерживающей каждые 5-10 дней на 5-2,5 мг. Одновременно назначают препараты калия (аспаркам, панангин), антибиотики широкого спектра, затем - по чувствительности флоры к антибиотикам, витамины группы В, аскорбиновую кислоту, анаболические гормоны (ретаболил, нераболил), антикоагулянты, диуретики. Возможна комбинация кортикостероидов с цитостатиками, что позволяет снизить дозу стероидов. Наружно: аэрозоли, содержащие глюкокортикоиды и антибиотики, анилиновые красители.

Задача № 4.

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

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

Периферический ободок красного цвета. На губах - множественные везикулы и пузыри, на слизистой оболочке рта - эрозии, образовавшиеся при разрыве пузырей.

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

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

Эталонные ответы к задаче № 4.

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

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

2. При синдроме Стивенса-Джонсона показана симптоматическая терапия. Проводят тщательную обработку пораженной кожи, инфузионную терапию, лечат инфекционные осложнения. Лечение

лучше всего проводить в ожоговом отделении. Препарат, вызвавший заболевание, немедленно отменяют. Не следует назначать препараты той же группы. В обсуждаемом случае было поражено 20% площади поверхности тела, что послужило причиной госпитализации в ожоговое отделение. ТМП/СМК немедленно отменили. Активная инфузионная терапия и обработка пораженных участков кожи привели к выздоровлению с минимальным образованием рубцов.

Задача № 5.

К врачу обратился больной 58 лет с жалобами на высыпания в области лица, груди и спины, небольшой зуд, болезненность в очагах. Болен около недели, не лечился. Высыпания представлены ярко розовыми отечными пятнами, папулами в центре которых имеются везикулы или небольшие пузырьки с запавшим центром. Цвет элементов неоднородный: центр с фиолетовым оттенком, вокруг него розовый венчик. Из анамнеза выяснено, что периодически самостоятельно принимает бисептол по поводу расстройства кишечника.

Вопросы:

1. Для какого заболевания наиболее типична вышеописанная клиническая картина?
2. Какие лабораторные исследования можно провести для подтверждения предполагаемого диагноза?
3. Составьте план лечения при данном заболевании?

Эталоны ответов к задаче №3

1. Диагноз: Многоформная экссудативная эритема
2. Диагностика: Мазок отпечаток на акантолитические клетки.
3. - биопсия в эпидермисе внутриклеточный отек и спонгиоз; в дерме периваскулярный полиморфноклеточный инфильтрат с преобладанием лимфоцитов
4. Лечение:
5. - Диета гипосенсебилизирующая
6. - гормональная терапия 60-80 мг суточная доза с постельным режимом
7. - Антигистаминные препараты
8. - гипосенсебилизирующие препараты
9. - наружно водные растворы анилиновых красителей, фурацилин
10. - Аэрозоли: полькортолон, оксикорт, оксиклозол.
11. - Эпителизирующие мази (ируксол, солкосерил, метилурациловая и т.п.)

Тема 7. Пиодермии. Чесотка

Задача №1

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

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

Вопросы:

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

Эталоны ответов к задаче №1

1. У матери и ее сына - чесотка.

2. У детей клинические проявления чесотки напоминают крапивницу, экзему. Высыпания могут располагаться на лице, волосистой части головы, чесотка у детей часто осложняется пиодермией.
3. Необходимо обследовать бабушку и дядю, при выявлении чесотки - лечить одновременно всю семью, при отсутствии заболевания у других членов семьи – провести им профилактическое лечение. Провести дезинфекцию в очаге. Диспансерное наблюдение очага – 1,5 месяца.
4. Эмульсия бензил-бензоата 20% - взрослым, 10% - ребенку, 1 и 4 день лечения вечером после душа. На пустулы ребенку – 1% метиленовая синь.

Задача №2

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

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

Вопросы:

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

Эталоны ответов к задаче №2

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

Задача №3.

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

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

Вопросы:

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

Эталоны ответов к задаче №4.

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

Задача №4

На прием к врачу обратился мужчина 40 лет, по профессии тракторист, с жалобами на появление гнойничков на коже шеи и предплечий, их болезненность и повышение температуры тела до 37,5°. Болен около 3-х месяцев. Лечился самостоятельно. Без существенного эффекта. Больной злоупотребляет алкоголем. На коже шеи и предплечий - многочисленные пустулы и воспалительные узелки, связанные с волосяным фолликулами. Кроме этих высыпаний на задней поверхности шеи выявляются несколько узлов величиной от лесного до грецкого ореха, насыщенного синюшно-розового цвета, тестоватой консистенции, центральную часть которых занимают гнойно-некротические корки пронизанные волосами. На месте бывших высыпных элементов - пигментированные и депигментированные рубцы и рубчики.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Какие необходимо провести лабораторные исследования больному?

Эталон ответа к задаче №4

1. Фолликулит. Фурункулез
2. Санация очагов хронической инфекции (консультации стомаолога, гастроэнтеролога, лор-врача)
3. Обследования на глюкозу крови, консультация эндокринолога

Задача №5

На приём обратилась семья (муж, жена и 5-летний ребенок) с одинаковыми жалобами на зуд кожи, усиливающийся к вечеру. Больными себя считают около месяца.

При осмотре: в области предплечий, живота, межпальцевых промежутков кистей, на гениталиях множественные мелкие папулы и папуловезикулы, многие из которых расположены попарно, с образованием сероватых полосок между элементами. На коже разгибательных поверхностей локтевых суставов – сухие импетигиозные корочки.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Принципы лечения?

Эталон ответа к задаче № 5

1. Предварительный диагноз: чесотка
2. Обоснование диагноза :парные элементы, чесоточные ходы между ними, симптом Горчакова-Арди на локтях.
3. Лечение: втирание 20% эмульсии бензилбензоата - до 4 дней, (ребенку –10%), или однократная обработка “ Спрегалем”, или обработка по Демьяновичу и т.д., дезинфекция белья и одежды.

Тема 8. Микозы

Задача № 1.

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

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

При осмотре кожные покровы повышенной влажности. На коже шеи, груди, спины имеются мелкие 1х1 см пятна без воспалительных явлений с четкими границами, цвета кофе с молоком, с отрубевидным шелушением на поверхности. Местами имеются гипопигментированные пятна

таких же размеров. Проба Бальцера положительная. При микроскопии обнаружены округлые споры в виде гроздьев винограда и короткие, слегка изогнутые нити мицелия. Под люминесцентной лампой – бурое свечение пятен.

Вопросы:

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

Эталонные ответы к задаче №1

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

Задача №2

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

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

Вопросы:

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

Эталонные ответы к задаче №2

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

Задача №3

На прием к врачу обратился больной 43 лет с жалобами на зуд, сухость, шелушение кожи стоп. Заболел три года назад, когда заметил сухость кожи стоп, трещины. Заболевание связывает с повышенной потливостью стоп, так как работать приходится в цехе с высокой температурой воздуха. Моется ежедневно после смены в общей душевой, дезинфекция которой, как удалось выяснить, не проводится. В настоящее время процесс носит стойкий характер, распространяется на тыл стоп. Сопутствующие заболевания – находится на учете у эндокринолога по поводу дисфункции надпочечников.

Объективно: Поражены все межпальцевые складки обеих стоп: шелушение, трещины, кожа подошв инфильтрирована, сухая, отчетливо видны кожные борозды, в которых отмечается хорошо выраженное муковидное шелушение. Процесс распространяется также на тыльные и боковые поверхности стоп и пальцев. Подобные очаги имеются на ягодицах, в паховой области.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Лечебные мероприятия.

Эталонные ответы к задаче №3

1. Микоз стоп .
2. Микроскопическое и культуральное исследования.
3. Низорал или ламизил. Внутрь. Наружно – удаление чешуек и роговых наслоений с помощью отслойки по Ариевичу или молочно-салициловым коллодием, затем крем «Низорал», «Ламизил», «Клотримазол». Дезинфекция обуви.

Задача № 4.

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

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

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

Вопросы:

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

Эталонные ответы к задаче № 4.

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

Задача № 5.

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

Дети от 2-ой беременности, росли и развивались нормально. Перенесли корь, ветряную оспу.

Общее состояние хорошее. Развитие соответствует возрасту. Учатся хорошо. Кожные покровы

нормальной окраски. Патологии внутренних органов не выявлено. Стул и мочеиспускание без нарушений.

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

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

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

Вопросы:

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

Эталон ответа к задаче № 5.

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

Тема 9. Вирусные дерматозы

Задача № 1

На прием к врачу обратился мальчик 10 лет. Жалуется на высыпания, появившиеся на кистях. Беспокойств не причиняют. Со временем количество их постепенно увеличивается. Узелки появились примерно год тому назад. Больной пытался срезать их, но они вновь возникали и увеличивались в размерах.

Объективно. На коже 4-го пальца видны телесного цвета плотные, безболезненные, возвышающиеся над уровнем кожи, полушаровидные, невоспалительные узелки. Поверхность их имеет шероховатый вид.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Лечение.

Эталон ответа к задаче № 1

1. Вульгарные бородавки.
2. Криотерапия, диатермокоагуляция.

Задача № 2

На прием к врачу обратились родители с мальчиком 2,5 лет. Их беспокоило, что на коже туловища ребенка появились узелки. Субъективных жалоб мальчик не предъявляет. Впервые эти узелки заметили две недели тому назад, их количество постоянно увеличивалось. Родители отметили, что подобные образования имеются на теле еще у трех детей, которые вместе с их ребенком посещают детское учреждение.

Объективно. На коже живота ребенка расположено до двух десятков узелков, цвета нормальной кожи с перламутровым оттенком, размерами от 0,1 до 0,5 см, полушаровидной формы с кратерообразным вдавливанием в центре. При раздавливании пузырька пинцетом появляется творожисто-подобное содержимое.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Обоснование диагноза?

Эталонные ответы к задаче №2

1. Контагиозный моллюск.

2. Выдавливание узелков пинцетом с последующей обработкой 2% настойкой йода или криодеструкция элементов

Задача № 3

Больная 57 лет, жалуется на общее недомогание, сильные боли в правой половине грудной клетки и на высыпания в этой же области. Заболела 4 дня назад. Заболеванию предшествовало переохлаждение. Объективно: в V-VI межреберных промежутках справа имеется 4 очага поражения размерами от 4 до 8 см в диаметре. В очагах видны группы многочисленных пузырьков с серозным экссудатом; кожа, на которой расположены пузырьки, отечна, розово-красного цвета.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз

2. Назначьте лечение больной

Эталонные ответы к задаче №3

1. Опоясывающий лишай.

2. Противовирусные препараты, анальгетики, витамин В₁. Наружно – анилиновые красители, противовирусные мази.

Задача № 4

Ребенок 12 лет жалуется на высыпания в области лица, каждый раз после переохлаждения. Со слов мамы сыпь локализуется в одном и том же месте.

Объективно: в области складок носа и на красной кайме губ имеется 2 очага из эритематозных пятен округлых очертаний, размером с однокопеечную монету, на фоне которого имеются сгруппированные пузырьки. Субъективно: зуд и жжение.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз

2. Назначьте лечение

Эталонные ответы к задаче №4

1. Диагноз: простой пузырьковый лишай или простой герпес.

2. Лечение местное: анилиновыми красителями и противовирусными мазями. При частых обострениях более 4 раз в год – общая терапия производными ацикловира.

Задача № 5

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

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

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Дифференциальный диагноз?

3. Лечение?

4. Прогноз?

Эталонные ответы к задаче № 2.

1. У ребенка остроконечные кондиломы перианальной области.

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

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

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

Тема 10. Сифилис.

Задача № 1

На приём обратился мужчина с жалобами на припухлость полового члена, которую он заметил в течение последних 5-6 дней.

Из анамнеза установлено, что 1,5 месяца назад имел случайную половую связь. При возвращении домой имел половые отношения с женой. Состав семьи: жена, сын в возрасте 15 лет, дочь – 1,5 года.

При осмотре: головка полового члена не открывается, кожа суженого отверстия крайней плоти гиперемирована, отёчна, из отверстия – скудное отделяемое в виде мутной гнойной жидкости. Через кожу крайней плоти, в области уздечки пальпируется уплотнение размером до фасоли. Паховые лимфоузлы увеличены, слева – до размеров мелкой сливы, плотно-эластической консистенции, умеренно болезненные. В левой паховой складке – тяжистое, гиперемированное, длиной до 7 см, болезненное образование.

Серологические реакции положительные.

ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ, ЭПИД. МЕРОПРИЯТИЯ.

Эталонные ответы к задаче №1

Диагноз: первичный серопозитивный сифилис, шанкр полового члена, фимоз, регионарный лимфаденит. Необходимо обследовать всех членов семьи. Если клинических признаков не выявлено, жене проводится превентивное лечение, как лицу, имевшему половой контакт с больным с активными проявлениями сифилиса, дочери (1,5 года) – также превентивное лечение, как имевшей тесный бытовой контакт (в возрасте до 3-х лет дети подлежат обязательному лечению). Старший сын подлежит клинико-серологическому контролю.

Задача № 2

На приём обратился мужчина с жалобами на отёк и болезненность в области полового члена в течение последней недели. По этому поводу занимался самолечением: “прижигал” марганцовкой, смазывал синтомициновой эмульсией. Половые связи многочисленные и беспорядочные.

При осмотре обнаружен отёк крайней плоти, головка в препуциальный мешок не вставляется, мочеиспускание свободное. По венечной борозде слева располагается язва вытянутой формы 2 x 0,5 см, с плотным основанием, покрыта гнойным налётом. В левой паховой области определяется лимфаденит. Трепонема в отделяемом из язвы дважды не обнаружена, серологические реакции – отрицательные.

ТАКТИКА ОБЛЕДОВАНИЯ И ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА.

Эталонные ответы к задаче №2

Предварительный диагноз: первичный серопозитивный сифилис, парафимоз, твердый шанкр, лимфаденит. Для подтверждения диагноза необходимо обнаружение бледной трепонемы в отделяемом из язвы после очистки её примочками с физиологическим раствором (всего до 5 анализов). В случае отрицательных результатов – пункция лимфоузла, при нарастании явлений отёка головки – вправление вручную или хирургически. Серологическое обследование в динамике.

Задача № 3

На приём обратился мужчина с жалобами на высыпания в области полового члена в течение двух недель. Анамнез: инвалид 3 группы (бронхиальная астма), женат, внебрачные половые связи категорически отрицает. Последняя половая связь с женой – 10 дней назад.

При осмотре – на внутреннем листке крайней плоти обнаружен инфильтрат размером с горошину, плотной консистенции, овальной формы с эрозированной поверхностью. В правой паховой области пальпируются лимфатические узлы, размером с косточку вишни, плотноэластической консистенции, безболезненные, подвижные. В отделяемом с эрозии обнаружены бледные трепонемы. Серологические реакции отрицательные.

При осмотре жены – на правой большой половой губе округлая эрозия диаметром 0,5 см в стадии эпителизации. Лимфоузлы не увеличены. Серологические реакции положительные. После начала специфического лечения отмечается подъем температуры до 38,6 градусов, появилась обильная мелко-пятнистая сыпь на коже туловища.

ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ.

Эталон ответа к задаче №3

Диагноз первичный серопозитивный сифилис, у жены – вторичный свежий сифилис (остатки твёрдого шанкра, розеолезная сыпь на туловище, положительная реакция обострения Герксгеймера).

Задача № 4

На приём обратилась женщина с жалобами на затруднение глотания («что-то мешает проглатывать пищу»). Считает себя больной в течение 8 дней. Анамнез: 4 недели назад имела половую связь с малознакомым мужчиной. Замужем. Муж обследован – здоров.

Осмотр: на мягком нёбе слева по линии смыкания зубов – инфильтрат диаметром до 2 см, возвышающийся над уровнем слизистой, насыщенно синюшного цвета с уплотнением, безболезненный, с эрозией на поверхности. Отмечается увеличение подбородочных и подчелюстных лимфоузлов. В отделяемом с поверхности эрозии обнаружены спирохеты.

В области спайки половых губ – поверхностная язва, диаметром до 1 см с уплотнением в основании. В отделяемом из язвы обнаружены спирохеты.

Серологические реакции – отрицательные.

ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ. ЭПИД.МЕРОПРИЯТИЯ.

Эталон ответа к задаче №4

Диагноз первичный серонегативный сифилис (шанкр полости рта и половых губ) Мужу необходимо (после исключения сифилиса) проведение превентивного лечения.

Задача № 5

Из гинекологического отделения была переведена женщина, лечившаяся с диагнозом «абсцедирующий правосторонний бартолинит». В истории болезни отмечено, что после первой инъекции пенициллина у больной повысилась температура до 38,7 градусов. После получения положительных серологических реакций больная была переведена в венерологическое отделение.

Осмотр: правая большая половая губа резко отёчна, уплотнена, синюшного цвета с коричневатым оттенком, в два раза превышает размеры левой половой губы. При надавливании ямки не образуются.

Анамнез: замужем, внебрачную половую жизнь отрицает. Был вызван муж, клинических проявлений у которого не выявлено, но серологические реакции положительные.

ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗЫ У ПАРТНЕРОВ.

Эталон ответа к задаче №5

Диагноз первичный серопозитивный сифилис (положительные серореакции, атипичный твёрдый шанкр в виде индуративного отёка). Диагноз мужа – ранний скрытый сифилис (отсутствие клинических проявлений сифилиса при положительных серологических реакциях).

Задача №6

В хирургическое отделение поступил мужчина с диагнозом «распавшаяся флегмона в области нижней трети живота». Назначено общее (пенициллин) и местное (антимикробное) лечение.

Анамнез: 4 недели назад имел случайную защищённую (презерватив) половую связь.

При осмотре: в области лобка расположена язва диаметром 7 см, дно язвы покрыто грануляциями, местами гнойный налёт, края пологие. Пальпируются паховые и бедренные лимфоузлы размером с косточку вишни. В отделяемом из язвы обнаружена спирохета. Серологические реакции - отрицательные.

ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ.

Эталоны ответов к задаче №6

Диагноз: первичный серонегативный сифилис (выявлена спирохета, экстрагенитальный твёрдый шанкр).

Задача №7

Кабинетом медосмотров направлена к венерологу воспитательница детского сада, у которой на очередном осмотре выявлены положительные серологические реакции.

Анамнез: разведена, половые связи случайные.

Осмотр: кожные покровы и видимые слизистые от высыпаний свободны. При гинекологическом осмотре в зеркалах – в области шейки матки выявлена эрозия, с поверхности которой выделены бледные спирохеты. Лимфоузлы не увеличены.

ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ. ЭПИД. МЕРОПРИЯТИЯ.

Эталоны ответов к задаче №7

Диагноз: первичный серопозитивный сифилис (обнаружение спирохет, шанкр шейки матки). Назначить специфическое лечение больной и превентивное лечение контактным лицам.

Задача №8

К хирургу районной больницы обратился мужчина по поводу возникших болей в области анального отверстия при дефекации в течение двух недель.

Осмотр: кожные покровы чистые, в области сфинктера анального отверстия – несколько геморроидальных варикозных венозных узлов. С диагнозом “геморрой” больной поступил в хирургическое отделение. При подготовке к хирургическому вмешательству при осмотре с помощью ректальных зеркал на слизистой прямой кишки, на 2 см выше анального отверстия обнаружена язва размером с однокопеечную монету на плотном инфильтрированном основании. Дно язвы представлено некротической тканью и частично покрыто гнойным налётом. Пальпация язвы болезненна. Серологические реакции положительные.

Анамнез: разведен, в течение последних лет поддерживает гомосексуальные отношения.

После первых инъекций пенициллина отмечается подъем температуры до 38,7 градусов, обильная пятнистая сыпь на туловище.

ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ. ОБЪЯСНИТЕ РЕАКЦИЮ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ.

Эталоны ответов к задаче №8

Диагноз: вторичный свежий сифилис (положительные серореакции, розеолезная сыпь туловища, остатки твёрдого шанкра прямой кишки). Подъем температуры после начала лечения обусловлен реакцией обострения Герксгеймера.

Задача №9

Женщина направлена к венерологу на консультацию по поводу положительных серологических реакций, выявленных в кабинете медосмотров при устройстве на работу.

Жалоб не предъявляет. Больной себя не считает. При осмотре проявлений сифилиса на коже и слизистых не выявлено.

Анамнез: не замужем, половые связи редкие. Чуть более года назад была прооперирована по поводу желчно-каменной болезни. Серологические реакции, с её слов, были отрицательные.

Кроме того, страдает хронической пневмонией, циррозом печени.

ТАКТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Эталоны ответов к задаче №9

С учётом выраженной соматической патологии необходимо исключение ложноположительных серореакций на сифилис (исследование в динамике КСР, ИФА, РПГА, консультации смежных специалистов).

Задача №10

На консультацию к венерологу направлена женщина, беременность – 21-22 недели. Была выявлена впервые при постановке на учет в женской консультации по положительным серологическим реакциям.

Анамнез: замужем. Муж – обследован, клинических и серологических признаков сифилиса не выявлено. Последняя половая связь с женой 2 месяца назад. Самолечение отрицает.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые от высыпаний свободны. КСР –1(+).

ТАКТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ.

Эталоны ответов к задаче №10

Для дифференциального диагноза сифилиса и ложноположительных серореакций необходимо исследование реакций в динамике (КСР, ИФА, РПГА, РИТ, РИФ), УЗИ плода.

Тема 11. Гонорея. Трихомониаз. Негонококковые уретриты.

Задача № 1.

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

При поступлении состояние удовлетворительное, губки наружного отверстия уретры гиперемированы, отечны, уретра пальпируется в виде мягко-эластического тяжа, выделения из нее обильные, гнойные. Наружные половые органы без особенностей, предстательная железа при пальпации не изменена. Мочеиспускание свободное, частое, умеренно болезненное. Макроскопическое исследование мочи: обе порции диффузно мутные. Микроскопическое исследование мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения. Микроскопическое исследование мазков отделяемого слизистой оболочки уретры: лейкоцитоз и гонококки. Общий анализ крови: Hb142 г/л, лейкоциты - $5,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 6 мм в час. Комплекс серологических реакций на сифилис отрицателен.

Вопросы:

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

Эталоны ответов к задаче №1

1. У больного свежая неосложненная гонорея, острый тотальный уретрит.
2. Для лечения этого больного можно рекомендовать бензил-пенициллин в курсовой дозе 3,4 млн ЕД: первая инъекция 600 000 ЕД, последующие 400 000 ЕД с интервалом 3 ч без ночного перерыва, или спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно.
3. Комбинированная провокация - это чаще всего сочетание биологической (500 млн микробных тел гоновакцины внутримышечно), химической (инстиляция в уретру 0,5 % раствора нитрата серебра) и алиментарной (острая, соленая пища) провокаций.
4. Больному гонореей с невыявленным источником заражения, но имеющим постоянное место жительства, превентивное лечение не проводится, клинико-серологический контроль осуществляется в течение 3-х месяцев.

Задача № 2.

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

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

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Назначьте лечение.
3. Меры профилактики.

Эталон ответа к задаче №2

1. Свежая неосложненная гонорея, острый передний уретрит.
2. Для предупреждения аллергических реакций рекомендуется за 20-30 минут до введения антибиотика назначить антигистаминные препараты (тавегил, фенкарол и др.). Далее назначить антибиотик: цефтриаксон 250 мг однократно внутримышечно.
3. Меры профилактики:
 1. исключение случайных половых контактов
 2. использование средств индивидуальной профилактики
 3. соблюдение правил личной и трудовой гигиены
 4. обследование и лечение половых партнеров

Задача № 3.

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

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

Вопросы:

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

Эталоны ответов к задаче №3

1. У больного хронический тотальный уретрит и хронический катаральный простатит.
2. Для выяснений этиологии воспаления следует провести исследование на весь спектр возбудителей ЗППП. При исследовании соскоба из уретры: гонококки, трихомонады, уреоплазмы не найдены. Обнаружены методом ПИФ с моноклональными антителами хламидии.
3. Окончательный диагноз: Хронический хламидийный тотальный уретрит, хронический хламидийный катаральный простатит.
4. Лечение хронического хламидиоза: иммуномодулятор Миелопид в/м по 1 дозе 1 раз в день в течение 3-5 дней, затем Вильпрафен (Джозамицин) по 500 мг 2 раза в день - 15 дней. Параллельно назначают пероральные эубиотики (ацилакт, бификол) до 30 дней по 5 доз на прием 1 раз в день. Индуктотермия промежности
5. Контроль излеченности урогенитального хламидиоза проводится по суммарным клинико-лабораторным показателям. Критериями излеченности является: исчезновение клинических симптомов заболевания, отсутствие морфологических изменений в области пораженных органов, Элиминация возбудителя. Излеченными считаются больные, у которых клиническое выздоровление сочетается с этиологическим. 1 контроль проводится сразу после окончания лечения. Если обнаруживаются единичные элементарные тельца, то курс лечения может быть продлен не более, чем на 10 дней. Дальнейший клинико-лабораторный контроль проводится 1 раз в месяц в течение 1-2 месяцев.

Задача № 4

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

Вопросы:

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

Эталон ответа к задаче №4

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

2. Заражение - при прохождении через родовые пути матери.

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

4. Лечение: новорожденного: 2% глазная эритромициновая мазь закладывается 3 раза в день за нижнее веко - в течение 7 дней.

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

Задача №5

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

Вопросы:

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

Эталон ответа к задаче №5

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

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

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

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

Задача № 6.

Больная Б., 30 лет состоит 3 года в бесплодном браке. Обратилась в женскую консультацию с жалобами на ощущение влажности в половых органах, небольшие боли в пояснице при менструациях. Объективно: свободных выделений из уретры нет. При осмотре гинекологическим зеркалом слизистая влагалища не изменена, шейка матки отечна, из цервикального канала - умеренные слизисто-гнойные выделения, вокруг наружного зева имеется яркое красное пятно, являющееся проявлением эндоцервицита, с четким наружным краем. При бимануальном исследовании матка и придатки не увеличены. При обследовании мужа - выявлен хронический уретрит, катаральный простатит. При исследовании соскоба из уретры у мужа и цервикального канала женщины обнаружены микоплазмы методом иммунофлюоресценции с моноклокальными антителами. Вопросы:

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

Эталонные ответы к задаче №6

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

2. Да, может

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

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

Задача № 7.

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

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

Вопросы:

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

Эталонные ответы к задаче №7

1. Диагноз свежий острый тотальный гонорейно-уреоплазменный уретрит.

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

3. При лечении больных свежими острыми и подострыми формами смешанной гонорейно-уреоплазменной инфекции рекомендуется применение доксициклина по схеме: 0,3 г - 1 прием,

второй прием через 6 часов, все последующие приемы - через 12 часов по 0,1 г, курс лечения 8-10 дней. Одновременно внутрь - фермент ораза по 0,2 г х 3 раза в день.

Тема 12. Дерматологические аспекты СПИДа.

Задача № 1.

5. У 30 летнего гомосексуалиста появились следующие клинические симптомы: генерализованное увеличение лимфатических узлов, лихорадка, температура до 38-38,5°C, чаще во второй половине дня и ночью, повышенная утомляемость. Кожные покровы и видимые слизистые- чистые. Болен несколько месяцев.

Вопросы:

1. Какой диагноз у больного?
2. Относится ли больной к группе риска? Почему?

Эталонные ответы к задаче №1

Можно думать о пре-СПИДе. Относится к группе риска, т.к. является гомосексуалистом.

Задача № 2.

Гомосексуалист, 29 лет был госпитализирован в инфекционное отделение по поводу головных болей, лихорадки, болей в горле, потливости, быстрой утомляемости. Объективно: спленомегалия, лимфаденопатия, тромбоцитопения, нарушение функции печени, кандидоз полости рта. В дальнейшем, несмотря на лечение, появились неврологические нарушения: парализация, повышение рефлексов.

Вопросы:

1. Ваша тактика?
2. Предположительный диагноз?

Эталонные ответы к задаче №2

Необходимо провести обследование больного на СПИД.

Задача № 3.

Мужчина 30 лет, бисексуалист. Какое эпидемиологическое значение имеет такая половая направленность?

Эталонные ответы к задаче №3

Такая передача инфекции имеет наибольшее эпидемиологическое значение в связи с доминированием этой формы сексуальной активности.

Задача № 4.

В родильный дом поступила беременная женщина, при анализе крови которой установлена ВИЧ-инфекция. Вопросы:

1. Возможные пути заражения ребенка?
2. Какова вероятность заражения ребенка?
3. Когда могут проявляться клинические признаки СПИДа у детей при внутриутробном заражении.

Эталонные ответы к задаче №4

Возможны несколько путей заражения: трансплацентарный, внутриутробный, контакт с инфицированной кровью матери, постнатальное заражение через грудное молоко (этот вариант следует рассматривать как предположительный). Беременные женщины, зараженные ВИЧ, в 25-50% передают инфекцию своим детям. У детей при внутриутробном заражении клинические проявления СПИДа могут появиться в течение 6 месяцев после рождения.

Задача № 5.

Женщина 40 лет обратилась в лабораторию для обследования на СПИД. Свое желание мотивировала тем, что была на отдыхе на туристической базе, в области, где зарегистрированы случаи СПИД, и что она подверглась укусам кровососущих членистоногих.

Вопросы:

1. Описан ли такой путь передачи СПИДа?
2. Каков риск инфицирования? Почему?

Эталонные ответы к задаче №5

В литературе достоверных данных о возможности трансмиссивной передачи инфекции кровососущими членистоногими нет. Риск заражения 1 на 10 млн. в связи с тем, что инфицированность крови при укусе комара мала.

Основными видами самостоятельной работы студентов с участием преподавателей являются: тестирование

5. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда ВУЗа и сам обучающийся.

6. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Дерматовенерология» (лечебный факультет)

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	СРС (по видам учебных занятий) всего-36 часов	
1	Введение в дерматологию. Методика обследования дерматологических больных. Первичные и вторичные морфологические элементы. Принципы диагностики и лечения дерматозов.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
2	Дерматиты. Токсикодермии. Экземы.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
3	Псориаз. Красный плоский лишай	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
4	Красная волчанка. Склеродермия	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
5	Доброкачественные и злокачественные новообразования кожи.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
6	Пузырные дерматозы. Многоформная экссудативная эритема.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
7	Пиодермии. Чесотка	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
8	Микозы	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
9	Вирусные дерматозы	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
10	Сифилис.	Написание реферата, выполнение презентации, решение

		ситуационных задач
11	Гонорея. Трихомониаз. Негонококковые уретриты.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
12	Дерматологические аспекты СПИДа Зачёт	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач

7. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Дерматовенерология» (лечебный факультет)

Для оценки рефератов:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для оценки презентаций:

Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным.

Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине «Дерматовенерология» (лечебный факультет)

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем и компетенциями в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по дисциплине «Дерматовенерология»
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

студент может:

сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого (ФГОС ВО) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.

С первых же сентябрьских дней на студента обрушивается громадный объем информации, которую необходимо усвоить. Нужный материал содержится не только в лекциях (запомнить его – это только малая часть задачи), но и в учебниках, книгах, статьях. Порой возникает необходимость привлекать информационные ресурсы Интернет, ЭИОС, ЭБС и др. ресурсы.

Система вузовского обучения подразумевает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто: если в школе ежедневный контроль со стороны учителя заставлял постоянно и систематически готовиться к занятиям, то в вузе вопрос об уровне знаний вплотную встает перед студентом только в период сессии. Такая ситуация оборачивается для некоторых соблазном весь семестр посвятить свободному времяпрепровождению («когда будет нужно – выучу!»), а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

Работа с книгой.

При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.

Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.

Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.

Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).

При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.

Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.

Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при перечитывании записей лучше запоминались.

Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.

Различают два вида чтения; первичное и вторичное. Первичное - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения.

Задача вторичного чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).

Правила самостоятельной работы с литературой.

Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:

- Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться; «не старайтесь запомнить все, что вам в ближайшее время не понадобится, – советует студенту и молодому ученому Г. Селье, – запомните только, где это можно отыскать» (Селье, 1987. С. 325).
- Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).
- Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).
- Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.
- При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...
- Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).
- Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).
- Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать

медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая это работа или нет...

• «Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном», – советует Г. Селье (Селье, 1987. – С. 325-326).

• Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того насколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста:**

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения:**

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;

3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного. Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).
- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.
- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.
- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше продемонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).
- Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательные аргументированные точки зрения.

Правила написания научных текстов (рефератов, контрольных работ):

- Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и.

- Важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.
- Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.
- Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).
- Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.
- Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Дерматовенерология» (лечебный факультет)

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	СРС (по видам учебных занятий) всего-36 часов	
1	Введение в дерматологию. Методика обследования дерматологических больных. Первичные и вторичные морфологические элементы. Принципы диагностики и лечения дерматозов.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
2	Дерматиты. Токсикодермии. Экземы.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
3	Псориаз. Красный плоский лишай	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
4	Красная волчанка. Склеродермия	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
5	Доброкачественные и злокачественные новообразования кожи.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
6	Пузырные дерматозы. Многоформная экссудативная эритема.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
7	Пиодермии. Чесотка	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
8	Микозы	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
9	Вирусные дерматозы	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
10	Сифилис.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач
11	Гонорея. Трихомониаз. Негонококковые уретриты.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач

		ситуационных задач
12	Дерматологические аспекты СПИДа Зачёт	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационных задач

4.Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Дерматовенерология» (лечебный факультет)

Критерии оценки самостоятельной работы студентов (СРС)

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Оценка	Критерии оценки
Зачтено	Выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.
Не зачтено	Выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы