

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30 мая 2019 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»
Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)
Направленность Стоматология
для лиц на базе среднего профессионального образования
(31.00.00 Клиническая медицина, 34.00.00 Сестринское дело), высшего образования
Форма обучения: очная
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог
Срок обучения: 5 лет**

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (Этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1.	Введение в дерматологию. Методика обследования дерматологических больных. Первичные и вторичные морфологические элементы. Принципы диагностики и лечения дерматозов.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
2.	Дерматиты. Токсикодермии. Экземы.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
3.	Псориаз. Красный плоский лишай	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
4.	Красная волчанка. Склеродермия	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
5.	Хейлиты. Кандидоз слизистой оболочки полости рта. Предраковые заболевания губ и слизистой оболочки полости рта	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
6.	Пузырные дерматозы. Многоформная экссудативная эритема.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
7.	Пиодермии. Чесотка	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
8.	Микозы	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
9.	Вирусные дерматозы	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
10.	Сифилис.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории	Пятибалльная шкала оценивания

			болезни, Решение ситуационных задач	
11.	Гонорея. Негонококковые уретриты.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
12.	Дерматологические аспекты СПИДа.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания

2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины –п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);

- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплине;

- написание рефератов, (презентаций), эссе;

-решение ситуационных задач:

-курация больного/разбор тематического больного

-разбор истории болезни.

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

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

1 Кожа, как многокомпонентный орган, включает в себя:

1 эпидермис и придатки кожи

2 эпидермис, сосочковый и сетчатый слой дермы

3 эпидермис, дерму и гиподерму

4 дерму, гиподерму и придатки кожи

5 эпидермис, дерму, придатки кожи, гиподерму.

2 Основную массу эпидермальных клеток составляют:

1 меланоциты

2 фиброциты и фибробласты

3 кератиноциты.

4 клетки Меркеля

5 клетки Лангерганса

3 Эпидермис состоит из следующих слоев клеток:

1 рогового, зернистого, блестящего

2 базального, базальной мембраны, шиповидного

3 шиповидного, базального, зернистого

4 рогового, базального, блестящего

5 базального, шиповидного, зернистого, блестящего, рогового.

4 Время полного обновления клеток эпидермиса составляет:

1 8-10 дней

2 10-16 дней

3 20-25 дней

4 26-28 дней.

5 свыше 30 дней

5 Дерма состоит из:

- 1 базальной мембраны, эпидермиса
- 2 коллагеновых, эластических волокон, придатков кожи, клеточных элементов
- 3 волокнистой соединительной ткани и жировых клеток
- 4 придатков кожи, коллагеновых волокон
- 5 волокнистой соединительной ткани.

6 В дерме различают слои:

- 1 базальный, сетчатый
- 2 сосочковый, сосудистый
- 3 сетчатый, сосудистый
- 4 сосудистый, базальный
- 5 сосочковый, сетчатый.

7 Основными клеточными компонентами дермы являются:

Варианты ответов

- 1 эпителиоциты
- 2 меланоциты
- 3 фибробласты и фиброциты.
- 4 клетки Лангерганса
- 5 клетки Меркеля

8 Апокринные железы расположены в коже:

- 1 подмышечных впадин.
- 2 ладоней
- 3 подошв
- 4 волосистой части головы
- 5 верхней части груди

9 Эккриновые потовые железы расположены в коже:

- 1 клитора
- 2 волосистой части головы, шеи.
- 3 красной каймы губ
- 4 кожи малых и больших половых губ, головки полового члена
- 5 головки полового члена

10 Сальные железы отсутствуют в коже:

- 1 волосистой части головы и шеи
- 2 лба и носа
- 3 ладоней и подошв.
- 4 груди и спины
- 5 красной каймы губ

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	3	3	4	5	5	5	1	2	3

Тема 2. Дерматиты.Токсикодермии. Экземы.

1. К зудящим дерматозам (нейродерматозам) относят:

1. атопический дерматит
2. ограниченный нейродермит
3. крапивницу
4. почесуху взрослых
5. Все верно

2. К зудящим дерматозам не относят:

1. крапивницу
2. нейродермит
3. почесуху Гебры
4. розовый лишай Жибера

3. В какие времена года обычно наблюдаются рецидивы нейродермита:

1. весна
2. осень

3. зима
4. лето

4. В этиопатогенезе нейродермита играют роль:

1. функциональные нарушения нервной системы
2. наследственность
3. эндокринные расстройства
4. желудочно-кишечные интоксикации

5. Какими высыпаниями проявляется крапивница:

1. папулами
2. волдырями
3. пузырьками
4. пузырями

6. Назовите разновидности крапивницы:

1. острая
2. хроническая
3. холодовая
4. солнечная

7. Для профессиональной экземы характерны:

1. поражение кистей и предплечий
2. рецидив во время отпуска
3. связь с психотравмами
4. регресс в условиях стационара
5. правильно 1) и 4)

8.Облигатными раздражителями являются:

1. концентрированные растворы минеральных кислот и щелоче
2. газообразные и парообразные вещества (сероводород и др.)
3. боевые отравляющие вещества кожно-нарывного действия
4. концентрированные растворы солей тяжелых и щелочных металлов
5. все перечисленные

9. Условием развития дерматоза от воздействия фотодинамических веществ является:

1. повреждение кожи (микротравма)
2. наличие других заболеваний кожи
3. предшествующее солнечное облучение
4. одновременное солнечное облучение
5. все перечисленное

10 Контактный неаллергический дерматит характеризуется:

1. острым воспалением кожи на месте соприкосновения с раздражителем
2. острым воспалением кожи, выходящим за пределы участка, подвергнувшегося воздействию раздражителя
3. четкими границами
4. нечеткими границами
5. правильно 1) и 3)

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	4	1,2	1,2,3	4	1,2,3	5	1	2	3

Тема3 Псориаз. Красный плоский лишай

1.При обычном псориазе излюбленной и наиболее частой локализацией высыпаний является все перечисленное, кроме

- 1.волосистой части головы
- 2.разгибательных поверхностей конечностей
- 3.сгибательных поверхностей конечностей
- 4..локтей и колен
- 5.области крестца

2.Для поражения ногтей при псориазе характерно все перечисленное, кроме

1.наперстковидного вдавления

2.онихолизиса

3.подногтевых геморрагий

4.симптома масляного пятна

5.платонихии, койлонихии, онихошизиса

3. Пустулезный псориаз Барбера (верно все, кроме)

1.относится к осложненным формам

2.относится к неосложненным формам

3.отличается особенной торпидностью

4.характеризуется полиморфизмом высыпных элементов

5.не сопровождается системными симптомами

4.Склередеме Бушке предшествует

1.лекарственная болезнь

2.лимфаденит лимфангоит

3.голодание и авитаминоз

4.стрептококковая инфекция верхних дыхательных путей, ангина, пневмония, скарлатина, рожа

5.ни одного из перечисленного

5. Какие побочные эффекты могут возникать при лечении больного псориазом циклоспорином А?

1.повышение артериального давления

2.гипертрихоз

3.увеличение креатинина в сыворотке крови, миалгии

4.нефротоксическое действие

5.выпадение волос

6. Пигментная ксеродерма развивается при наследовании патологического гена

1.от отца

2.от матери

3.от одного из родителей любого пола

4.от обоих родителей, являющихся гетерозиготными носителями

5.не относится к менделирующим дерматозам

7. Причиной токсического действия лекарств является все перечисленное, кроме

1.передозировки

2.замедления метаболизма у лиц с генетической недостаточностью ацетилтрансферазы

3.функциональной недостаточности печени

4.функциональной недостаточности почек

5.функциональной недостаточности щитовидной железы

8.Для стационарной стадии псориаза характерно все перечисленное, кроме

1.элементы полностью покрыты серебристо-белыми чешуйками

2.вокруг элементов – «псевдоатрофический» ободок Воронова и ободок Пильнова

3.прекращения появления новых высыпаний

4.отсутствия периферического роста элементов

5.насыщенно красного цвета высыпных элементов

9. Красные угри характеризуются всем перечисленным, кроме

1.эритемы

2.пустул

3.локализации в зоне бабочки на лице

4.телеангиэктазии

5.комедон, папулопустулезных элементов на шее

10.Для регрессивной стадии псориаза характерно все перечисленное, кроме

1.изоморфной реакции и симптома Пильнова

2.развития вокруг элементов «псевдоатрофического» ободка Воронова

3.отсутствие периферического роста элемента

4.исчезновения высыпаний

5.побледнения окраски высыпных элементов

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3	5	1	4	5	4	5	5	5	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Тема4 Красная волчанка. Склеродермия.

1..При длительном применении пенициллина для лечения больных склеродермией возможны побочные явления, кроме

- 1.зуда, крапивницы, токсикодермии
- 2.изменения периферической крови (анемия, лейкопения, тромбоцитопения)
- 3.гематурии, протеинурии, нефрита
- 4.цинк-дефицитного состояния
- 5.усиления индурации кожи и образования келоидов

2. Основой патогенеза пигментной ксеродермы является

- 1.нарушение темновой репарации ДНК
- 2.нарушение порфиринового обмена
- 3.повышение активности коллагеназы
- 4.недостаточность фермента арисульфатазы
- 5.снижение активности тирозиназы

3. Наиболее распространенными веществами сенсibiliзирующего действия являются

- 1.полимеры
- 2.соли тяжелых металлов
- 3.фосфорорганические и хлорорганические пестициды и инсектоциды
- 4.медикаменты
5. все перечисленные

4.В формировании пузырька характерны явления баллонной дегенерации при:

- 1.истинной экземе
- 2.герпетиформной экземе Капоши
- 3.простом пузырьковом лишае
- 4.аллергическом дерматите
- 5.Возникновение эризипелоида способствуют:

- 1.микротравма
- 2.висцеропатии
- 3.стрессы
- 4.переохлаждения конечностей

6.Основные диагностические критерии дискоидной красной волчанки

- 1.эритема
- 2.фолликулярный гиперкератоз
- 3.атрофия
- 4.фотосенсибилизация
- 5.все перечисленное

7. Симптомы, характерные для дискоидной красной волчанки:

- 1.дамского каблучка
- 2.яблочного желе
- 3.Бенье-Мещерского
- 4.Горчакова-Арди
- 5.Проваливания зонда

8. Базисные препараты, используемые для лечения красной волчанки

- 1.пенициллин
- 2.супрастин
- 3.преднизолон
- 4.гипосульфат натрия
- 5.антамаларийные средства

9. Стадии развития ограниченной склеродермии:

- 1.стадия отека
- 2.эритематозная
- 3.индуративная
- 4.стадия атрофии
- 5.сквамозная

10. Какой морфологический элемент характерен для склеродермии?

- 1.эритема

- 2.бляшка
- 3.волдырь
- 4.эрозия
- 5.бугорок

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	1	1	2,3	1	5	1,3	3,5	1,3,4	2

Тема 5. Хейлиты. Кандидоз слизистой оболочки полости рта. Предраковые заболевания губ и слизистой оболочки полости рта.

1. Трансформация пигментного невуса в злокачественную меланому может проявиться:

1. неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса
2. увеличением или неравномерностью пигментации
3. увеличением или неравномерностью плотности
4. изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров
5. всем перечисленным

2. Для кератоакантомы характерно:

1. начало с шаровидного узла
2. быстрый центральный распад с образованием блюдцеобразной опухоли
3. отторжение распадающихся масс с одновременным уплощением опухоли
4. образование депигментированного звездчатого рубца не позднее 3 месяцев с начала заболевания
5. все перечисленное

3. Клиническими проявлениями при грибовидном микозе может быть все перечисленное, кроме:

1. сильного зуда
2. эритематозных очагов, инфильтративных бляшек
3. опухолевидно-узловатых образований с язвенным распадом
4. эритродермии и кератодермии ладоней и подошв
5. лимфангиэктатических кист

4. Профилактика злокачественных опухолей кожи включает:

1. лечение предрака
2. исключение повторного лечения лучами Рентгена
3. ограничение применения мышьяка
4. диспансерное наблюдение за работающими с углеводородами (продуктами перегонки нефти, угля, сланцев)
5. все перечисленное

5. Признаками озлокачествления меланоцитарного невуса являются:

1. увеличение площади и высоты элемента
2. усиление интенсивности пигментации или элементов сателлитов
3. развитие воспалительной реакции в невусе
4. образование эрозий или изъязвления
5. все перечисленное верно

6 Чаще всего эритроплазия Кейра локализуется:

1. на коже кистей
2. на коже туловища
3. в области половых органов мужчин
4. в области половых органов женщин
5. на коже нижних конечностей

7. Эритроплазия кейра относится к группе:

1. предрака
2. внутриэпидермального рака
3. плоскоклеточного рака
4. базалиом
5. папиллом

8. Дифференциально-диагностическим признаком поверхностной формы базалиомы является:

1. шелушение
2. наличие мелких блестящих узелков по периферии пятна
3. безболезненность
4. интенсивный зуд
5. верно 1 и 3

9. К так называемым «меланонеопасным» невусам относят:

1. фиброэпителиальный невус
2. папилломатозный
3. веррукозный
4. «монгольское» пятно
5. Невус Сеттона (галоневус)

10. К невусам – предшественникам меланомы относят:

1. невус Ота
2. гигантский пигментный невус
3. меланоз Дюбрея
4. верно 2 и 3
5. все перечисленное верно

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	5	4	5	5	3	5	2	3	4

Тема 6. Пузырные дерматозы. Многоформная экссудативная эритема.

1. Разновидностями истинной пузырчатки являются:

1. вегетирующая
2. буллезный пемфигоид
3. листовидная
4. себорейная

2. В группу акантолитической пузырчатки не входит:

1. вульгарная
2. себорейная
3. вегетирующая
4. семейная

3. Уровни залегания пузыря по отношению к эпидермису при пузырчатке:

1. внутриэпидермальное
2. субэпидермальное
3. внутридермальное
4. внутригиподермальное

4. Элементы свойственные вульгарной пузырчатке:

1. папулы
2. пузыри
3. эрозии
4. волдыри

5. Акантолиз с высоким расположением эпидермальных пузырей в зернистом слое в биоптате кожи обнаруживается:

1. при герпесе беременных
2. при листовидной пузырчатке
3. при приобретенном буллезном эпидермолизе
4. при претибиальном буллезном эпидермолизе
5. при буллезном пемфигоиде Левера

6. Исходом поражения мышц при дерматомиозите может быть все перечисленное, кроме:

1. мышечной атрофии
2. фиброзного миозита
3. фиброзных контрактур
4. кальциноза
5. амилоидоза

7. При каком пузырьном дерматозе вследствие длительного течения патогномичным

является наличие фолликулярного гиперкератоза в области лица, спины?

1. листовидной пузырьчатке
2. буллезном пемфигоиде
3. дерматозе Дюринга

8. Симптом «сползания» эпидермиса относится к основному признаку:

1. вульгарной пузырьчатки
2. пемфигоида
3. герпетиформного дерматоза Дюринга
4. синдрома Лайелла
5. синдрома Стивенса-Джонсона

9. Для диагностики каких заболеваний показан метод прямой иммунофлюоресценции:

1. буллезного пемфигоида
2. васкулита
3. герпеса беременных
4. герпетиформного дерматоза Дюринга
5. все верно

10. Пузыри при вульгарной пузырьчатке имеют склонность к быстрой эпителизации:

1. Да.
2. Нет.

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1,3,4	3	3	2	2	5	1	2	5	2

Тема7 Пиодермии. Чесотка.

1. Инфильтрат при шанкриформной пиодермии

- 1) мягкий
- 2) плотный
- 3) не выступает за границы язвы
- 4) выступает за границы язвы
- 5) правильно 2) и 4)

2. Шанкриформная пиодермия начинается

- 1) с пятна
- 2) с пузырька
- 3) с пустулы
- 4) с эрозии
- 5) с узелка

3. Язва при шанкриформной пиодермии характеризуется

- 1) узким воспалительным венчиком розово-красного цвета вокруг язвы
- 2) воспалительным ободком синюшно-багрового цвета
- 3) краями ровными, покатыми и возвышенными
- 4) плотными, вывороченными краями
- 5) правильно 1) и 3)

4. Язва при шанкриформной пиодермии

- 1) правильных округлых или овальных очертаний
- 2) неправильных очертаний с неровным, бугристым дном
- 3) дно гладкое
- 4) правильно 1) и 3)
- 5) возможно все перечисленное

5. Рожь

- 1) стрептококковая инфекция кожи и подкожной клетчатки
- 2) часто локализуется на лице
- 3) редко повторяется
- 4) пораженная поверхность может быть покрыта пузырями
- 5) правильно все перечисленное, кроме 3)

6. Для стафилококкового импетиго характерно

- 1) появление на коже мелких пустул, пронизанных в центре волосом
- 2) наличие воспалительного венчика по периферии пустул

- 3) и то, и другое
4) ни то, ни другое
- 7. Рецидивирующая рожа может приводить**
- 1) к лимфостазу и слоновости
 - 2) к тромбофлебиту
 - 3) к поражению внутренних органов
 - 4) ко всему перечисленному
 - 5) ни к чему из перечисленного
- 8. Больные рожей лица нуждаются**
- 1) в срочной госпитализации
 - 2) в госпитализации не нуждаются
 - 3) в срочном назначении антибиотиков
 - 4) в срочной изоляции
 - 5) правильно 1) и 3)
- 9. При кольцевидном импетиго назначаются**
- 1) антибиотики
 - 2) анилиновые красители
 - 3) сульфаниламидные препараты
 - 4) мази с антибиотиками
 - 5) правильно 2) и 4)
- 10. При щелевидном импетиго назначается все перечисленное, кроме**
- 1) антибиотиков
 - 2) повязок с анилиновыми красителями
 - 3) повязок с 2% риваноловой пастой
 - 4) мазей с антибиотиками
 - 5) дезинфицирующих мазей

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	2	5	4	5	3	1	5	5	1

Тема 8. Микозы.

- 1. Лечение ребенка с микроспорией волосистой части головы следует проводить:**
- 1) амбулаторно
 - 2) в стационаре
 - 3) по желанию родителей
 - 4) по усмотрению врача
 - 5) возможны все перечисленные варианты
- 2. Ребенок, лечившийся по поводу микроспории волосистой части головы, может посещать школу после:**
- 1) одного отрицательного анализа
 - 2) второго отрицательного анализа
 - 3) третьего отрицательного контрольного анализа
 - 4) шестого отрицательного контрольного анализа
 - 5) сразу после окончания лечения
- 3. Различают следующие формы споротрихоза:**
- 1) поверхностная
 - 2) локализованная подкожная
 - 3) диссеминированная кожная
 - 4) висцеральная
 - 5) все перечисленные
- 4. Подмышечный трихомикоз вызывается:**
- 1) стрептококками
 - 2) грибами
 - 3) стафилококками
 - 4) коринебактериями
 - 5) вирусами

- 5. К противокандидозным средствам для лечения кожи относятся все перечисленные, кроме:**
- 1) мазей нистатиновой, амфотерициновой, декаминовой 0.5-1%
 - 2) 0.25% спиртового или водного раствора анилиновых красителей
 - 3) левориновой взвеси (2 г леворина, 20 мл 95% этилового спирта, 1000 мл дистиллированной воды)
 - 4) бонафтоновой, оксолиновой или теброфеновой мазей
 - 5) клотримазола
- 6. Хронический кандидоз слизистых связан с:**
- 1) гипотиреозом
 - 2) гипопаратиреозом
 - 3) гипокортицизмом
 - 4) понижением секреторной функции половых желез
 - 5) со всем перечисленным
- 7. К побочным действиям нистатина относятся все перечисленные, кроме:**
- 1) тошноты
 - 2) рвоты
 - 3) жидкого стула
 - 4) повышения температуры
 - 5) дерматитов
- 8. Развитию кандидоза способствует все перечисленное, кроме:**
- 1) сахарного диабета
 - 2) длительного лечения антибиотиками
 - 3) потливости, мацерации кожи
 - 4) иммунодефицита
 - 5) гипертонической болезни
- 9. Плесневые грибы поражают все перечисленное, кроме:**
- 1) кожи
 - 2) слизистых
 - 3) ногтей
 - 4) внутренних органов
 - 5) волос
- 10. Онихолизис может возникнуть на фоне:**
- 1) кожных болезней
 - 2) травматизации
 - 3) эндокринных нарушений
 - 4) бактериальных и грибковых инфекций
 - 5) всего перечисленного

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	3	5	4	4	5	5	5	5	5

Тема 9 Вирусные дерматозы.

1. Поливалентная герпетическая вакцина назначается больным

- 1) простым герпесом в остром периоде
- 2) простым герпесом в период обратного развития высыпаний
- 3) рецидивирующим герпесом в период полной ремиссии
- 4) рецидивирующим герпесом в период неполной ремиссии
- 5) во всех перечисленных случаях

2. К разновидностям простого пузырькового лишая

в зависимости от локализации относится

- 1) герпес лица (губ, носа и т.д.)
- 2) герпес гениталий
- 3) герпетический кератит и гингивостоматит
- 4) герпетический менингоэнцефалит
- 5) все перечисленное

3. Целью симптоматической терапии при герпетической инфекции является

- 1) ограничить распространение очагов инфекции и предупредить их нагноение
 - 2) противорецидивное действие
 - 3) санировать очаг вирусной инфекции
 - 4) достичь иммунотерапевтического эффекта
 - 5) все перечисленное
- 4. Ограниченное использование противовирусных антибиотиков при лечении герпетической инфекции связано**
- 1) с сильным токсическим действием на клетки организма больного и низкими антивирусными свойствами
 - 2) с отсутствием противовирусных антибиотиков
 - 3) с плохим проникновением препаратов в кожу
 - 4) с плохим проникновением препаратов в нервные ганглии
 - 5) правильного ответа нет
- 5. Использование в лечении герпетической инфекции интерферона и индукторов интерферона**
- 1) защищает неинфицированные вирусом клетки (ткани)
 - 2) подавляет репродукцию вируса
 - 3) стимулирует специфический иммунитет
 - 4) стимулирует неспецифический иммунитет
 - 5) предупреждает пиогенизацию очагов
- 6. К противовирусным препаратам, применяемым при простом и опоясывающем лишае, относится**
- 1) интерферон
 - 2) бонафтон и метисазон
 - 3) герпетическая вакцина
 - 4) дезоксирибонуклеаза
 - 5) все перечисленное
- 7. В комплексное лечение опоясывающего лишая включается**
- 1) противовирусные антибиотики
 - 2) г-глобулин
 - 3) интерферон
 - 4) витамины группы В
 - 5) все перечисленное
- 8. К противовирусным препаратам относятся все перечисленные, кроме**
- 1) триоксазина
 - 2) метисазона
 - 3) оксолина
 - 4) госсипола
 - 5) бонафтона
- 9. Специфическая иммунотерапия больных рецидивирующим герпесом проводится**
- 1) интерфероном
 - 2) поливалентной герпетической вакциной
 - 3) пирогеналом
 - 4) иммуноглобулином
 - 5) левамизолом
- 10. Больным рецидивирующим герпесом в фазу обострения назначается все перечисленное, кроме**
- 1) поливалентной герпетической вакцины и пирогенала
 - 2) интерферона
 - 3) противовирусных антибиотиков
 - 4) левамизола
 - 5) иммуноглобулина

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2	5	1	1	1	5	5	1	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Тема 10. Сифилис..

1. При исследовании бледной трепонемы методом электронной микроскопии выявляются все образования, кроме:
 - 1) чехла
 - 2) жгутиков
 - 3) фибрилл
 - 4) цитоплазматической мембраны
2. В реализации иммунного ответа при сифилисе участвуют следующие образования, кроме:
 - 1) эритроцитов
 - 2) макрофагов
 - 3) Т-лимфоцитов
 - 4) В-лимфоцитов
3. При сифилитическом регионарном склеродените в патологический процесс вовлекается:
 - 1) капсула лимфатического узла
 - 2) ткань лимфатического узла
 - 3) окружающая клетчатка
 - 4) прилежащая к узлу кожа
4. Шанкр-амигдалит представляет из себя:
 - 1) эрозию миндалина
 - 2) язву миндалина
 - 3) увеличенную в размерах гиперемизированную миндалину
 - 4) увеличенную в размерах обычной окраски миндалину
5. Высыпания при вторичном свежем сифилисе обычно:
 - 1) необильные
 - 2) обильные
 - 3) несимметричные
 - 4) неяркой окраски
 - 5) сгруппированные
6. Разновидностями сифилитической плешивости являются все формы, кроме:
 - 1) мелкоочаговой
 - 2) крупноочаговой
 - 3) диффузной
 - 4) смешанной
 - 5) тотальной
7. Бугорковый сифилис следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:
 - 1) туберкулеза кожи
 - 2) лейшманиоза
 - 3) лепры
 - 4) глубоких микозов
 - 5) экземы
8. Основными препаратами для лечения больных сифилисом являются:
 - 1) препараты пенициллина
 - 2) препараты тетрациклина
 - 3) препараты эритромицина
 - 4) макролиды
9. Патогномичным симптомом позднего врожденного сифилиса является:
 - 1) бугорки кожи туловища
 - 2) лабиринтная глухота
 - 3) гуммы кожи туловища
 - 4) саблевидные голени
10. Патогномичным симптомом позднего врожденного сифилиса является:
 - 1) ягодицеобразный череп
 - 2) бочкообразные зубы
 - 3) гетчинсоновские зубы
 - 4) широко расставленные верхние резцы

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1	2	3	2	5	5	1	2	3

Тема 1 Гонорея. Негонококковые уретриты

1. Возбудитель гонореи - гонококк - относится

- 1) к парным коккам грам-отрицательным
- 2) к парным коккам грам-положительным
- 3) к парным коккам грам-вариабельным
- 4) коккобациллам грам-отрицательным
- 5) коккобациллам грам-вариабельным

2. Бактериоскопическая идентификация гонококков

основывается на следующих признаках, кроме

- 1) парности кокков
- 2) грам-отрицательности
- 3) грам-положительности
- 4) внутриклеточного расположения
- 5) бобовидности формы

3. В средах с сахарами гонококк разлагает

- 1) лактозу
- 2) галактозу
- 3) декстрозу
- 4) сахарозу
- 5) рибозу

4. Наиболее частой причиной рецидивов гонореи

является ассоциация гонококков

- 1) с хламидиями
- 2) с дрожжевым мицелием
- 3) с трихомонадами
- 4) с уреоплазмой
- 5) с гарднереллами

5. Экспериментально гонорея получена у следующих лабораторных животных

- 1) у человекообразных обезьян
- 2) у морских свинок
- 3) у кроликов
- 4) у собак
- 5) ни у одного животного

6. Наиболее доступным для поражения гонококками

являются слизистые оболочки, выстланные

- 1) многослойным плоским неороговевающим эпителием
- 2) переходным эпителием
- 3) цилиндрическим эпителием
- 4) многослойным плоским ороговевающим эпителием
- 5) кубическим эпителием

7. Гонококки могут распространяться в организме больных

следующими путями, кроме

- 1) лимфогенного
- 2) гематогенного
- 3) по поверхности слизистых гениталий
- 4) трансканаликулярного
- 5) всеми перечисленными путями

8. Длительность инкубационного периода при гонорее чаще равна

- 1) 1-2 дням
- 2) 3-4 дням
- 3) 5-7 дням
- 4) 8-10 дням
- 5) 10-14 дням

9. **Свежий острый передний уретрит гонорейной этиологии характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме**

- 1) обильных гнойных выделений
- 2) болезненности при мочеиспускании
- 3) гиперемии губок наружного отверстия уретры
- 4) наличия гнойных нитей в 1-й и 2-й порциях мочи
- 5) наличия гнойных нитей в 1-й порции мочи

10. **У женщин, больных гонореей,**

наиболее часто наблюдается следующая клиническая форма

- 1) свежая острая
- 2) свежая подострая
- 3) свежая торпидная
- 4) латентная
- 5) хроническая

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	3	3	2	3	5	5	4	3

Тема 12 Дерматологические аспекты СПИДа

1. Инфекции ВИЧ не передаются

- 1) трансфузионным путем
- 2) трансмиссивным путем
- 3) от заболевшей матери к плоду
- 4) инъекционным путем
- 5) половым путем

2. СПИДу могут сопутствовать

- 1) оппортунистические инфекции внутренних органов
- 2) поражения нервной системы
- 3) эпидемическая саркома Капоши
- 4) волосатая лейкоплакия языка
- 5) все перечисленное

3. Для стрептококкового импетиго характерно все перечисленное, кроме

- 1) появления на коже фликтен
- 2) желтых корок
- 3) быстрого распространения
- 4) воспалительных узлов
- 5) воспалительного ободка вокруг фликтен

4. При стрептококковом импетиго назначается все перечисленное, кроме

- 1) растворов анилиновых красок
- 2) мазей со стероидными гормонами
- 3) вскрытия фликтен
- 4) паст с антибиотиками
- 5) мазей с антибиотиками

5. Для простого пузырькового лишая характерны все перечисленные признаки, кроме

- 1) эритемы
- 2) отека
- 3) группы пузырьков
- 4) пузырей
- 5) эрозий

6. К клиническим симптомам простого пузырькового лишая относится все перечисленное, кроме

- 1) пятен и волдырей
- 2) пузырьков
- 3) наличия венчика гиперемии вокруг очага
- 4) группировки высыпаний на ограниченном участке кожи
- 5) склонности к рецидивам

7. К препаратам, предназначенным для наружного применения при лечении простого и опоясывающего герпеса,

относятся все перечисленные, кроме

- 1) оксолиновой мази
- 2) линимента госсипола
- 3) ихтиоловой мази
- 4) теброфеновой мази
- 5) мази заверакс

8. Методы лечения простого пузырькового лишая включают все перечисленное, кроме

- 1) симптоматического местного лечения
- 2) симптоматического общего лечения
- 3) противовирусной антибиотикотерапии
- 4) специфической иммунотерапии
- 5) неспецифической иммунотерапии

9. Для опоясывающего лишая характерны

- 1) эритема
- 2) отек
- 3) язвы
- 4) некроз
- 5) все перечисленное

10. Физиотерапевтическое лечение опоясывающего лишая целесообразно назначать

- 1) в начале заболевания
- 2) в острой фазе
- 3) в неполной ремиссии
- 4) при неврологических осложнениях
- 5) правильно 3) и 4)

Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	5	4	2	4	1	3	4	5	5

1.2 Перечень тематик рефератов, презентаций, эссе для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Тема 1

- 1.Анатомо-морфологические особенности детской кожи, слизистой полости рта.
- 2.Методика обследования дерматологического больного, в том числе с высыпаниями на слизистой оболочке полости рта.
- 3.Основные принципы наружного лечения дерматологических пациентов

Тема 2.

1. Дерматиты. Этиология, патогенез, клиника, лечение простых и аллергических дерматитов.
- 2.Атопический дерматит. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 3.Токсикодермии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение синдрома Лайелла.
- 4.Крапивница. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Тема 3.

- 1.Красный плоский лишай. Этиология, патогенез, клиника, лечение, проявления на слизистых оболочках.
- 2.Псориаз. Клинические формы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, проявления на слизистых оболочках.

Тема 4.

- 1.Красная волчанка. Классификация. Этиология, патогенез,клиника,диагностика, лечение.
- 2.Склеродермия. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Тема 5

- 1.Хейлиты. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 2.Предраковые заболевания губ и слизистой оболочки полости рта

Тема 6.

1. Пузырчатка. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Герпетический дерматит Дюринга. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Многоформная эксудативная эритема. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Тема 7

1. Классификация гнойничковых болезней кожи. Стафилококковые пиодермиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Стрептококковые пиодермиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Чесотка. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

Тема 8

1. Классификация микозов. Кератомикозы. Клиника, диагностика, лечение, профилактика отрубевидного лишая.
2. Трихофития. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Микроспория. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Рубромикоз. Классификация. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
5. Кандидоз слизистой оболочки полости рта.

Тема 9

1. Вирусные дерматозы. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение простого герпеса.
2. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение опоясывающего герпеса.
3. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение бородавок и контагиозного моллюска.

Тема 10

1. Этиопатогенез сифилиса. Общее течение сифилиса. Классификация.
2. Клиническая картина первичного периода сифилиса. Дифференциальная диагностика твердого шанкра.
3. Клиническая картина и дифференциальная диагностика вторичных сифилидов.
4. Клиническая картина и дифференциальная диагностика третичных сифилидов.
5. Ранний врожденный сифилис.
6. Поздний врожденный сифилис.
7. Скрытый сифилис.
8. Висцеральный сифилис. Нейросифилис.

Тема 11

1. Заболевания, передаваемые половым путем. Основные этапы развития венерологии.
2. Современная классификация заболеваний, передаваемых половым путем. Социальные аспекты венерических болезней. Вопросы деонтологии.

Тема 12

1. Течение ВИЧ-инфекции, инкубационный период, стадия первичных проявлений, стадия вторичных проявлений, терминальная стадия – СПИД.
2. Заболевания кожи и слизистых оболочек как возможные маркеры ВИЧ-инфекции.
3. Саркома Капоши, возможный маркер ВИЧ-инфекции.

Темы рефератов и презентаций могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

2.3. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости

Тема 1

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?

Эталонные ответы к задаче № 1.

1. Папула является первичным морфологическим элементом сыпи, представляет собой ограниченное возвышающееся уплотнение кожи, не имеющее полости.

2. Основной гистопатологический процесс, наблюдающийся 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 пятнистые высыпания, сопровождающиеся зудом.

Вопросы:

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

Эталонные ответы 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?

Эталонные ответы 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

Эталонные ответы 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

Эталонные ответы к задаче №5

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

Тема 2.

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.

Эталон ответа 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?

Эталон ответа 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 пузырьками; в верхней части туловища, на лице, плечах и в крупных складках кожи — отдельными очагами эритемы с эрозиями и пузырьками. 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?

Эталон ответа 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.

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, лентиккулярные, 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?

Эталонные ответы 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. Большой 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 ссыхается 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?

Эталоны ответов 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: пресоцил, 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 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).

Тема 4.

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 затвердение 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 затвердение 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 отежные 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-синушного цвета. На поверхности очагов имеются участки с наличием чешуек серого цвета, при поскабливании которых отмечается болезненность (симптом Бенъе-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. ЛЕ- 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 группа 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, голени, 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?

Эталоны ответов 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, амнохиноловые 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.

Эталон 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,

Тема 5.

Задача №1

Пациентка 65 лет предъявляет жалобы на периодическое появление корочек в углах рта в течение 6 мес. В анамнезе гипертоническая болезнь; носит съемные пластиночные протезы на верхней и нижней челюстях в течение 2 лет.

Высота нижней трети лица занижена. Красная кайма губ сухая. В углах рта определяются слабо мокнущие эрозии, окруженные тонкими серыми чешуйками.

Слизистая оболочка протезного ложа на верхней челюсти гиперемирована, сухая, слабо болезненная при пальпации. Налет отсутствует. Гигиеническое состояние съемных протезов неудовлетворительное. Лечение не проводилось.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Наметьте план обследования и лечения.

Эталон ответов к задаче № 1:

1. Диагноз «Хронический атрофический кандидоз. Микотическая заеда»
2. План обследования и лечения:
Анализ крови общий, на сахар, на ВИЧ, на RW;
Бактериологическое исследование;
Консультация гастроэнтеролога, кардиолога, лечение фоновой патологии;
Санация полости рта, замена протеза;
Повышение иммунитета, витаминотерапия;
Диета богатая белками, снизить количество углеводов;
Антимикотические препараты.

Задача № 2

Пациент 38 лет обратился к стоматологу с жалобами на сухость во рту, нарушение вкусовых ощущений, жжение, не исчезающее во время приема пищи. Болен в течение нескольких недель. В анамнезе – затяжная пневмония с длительной терапией антибиотиками.

При *осмотре полости рта*: четко очерченные точечные налеты серо-белого цвета на фоне воспаленной, ярко-красного цвета, слизистой оболочки. Налеты сливаются, поражая спинку языка, десну и мягкое небо.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Наметьте план обследования и лечения.

Эталон ответов к задаче №2:

1. Диагноз «Острый псевдомембранозный кандидоз»
2. План обследования и лечения:
Анализ крови общий, на сахар, на ВИЧ, на RW;
Бактериологическое исследование;
Консультация гастроэнтеролога, лечение фоновой патологии;
Повышение иммунитета, витаминотерапия;
Диета богатая белками, снизить количество углеводов;
Антимикотические препараты.

Задача № 3

Молодой женщине, К., 22 лет, был поставлен диагноз «Бронхит». Противовоспалительное лечение решено было провести ударной дозой антибиотика. На 2-й день лечения пациентка К. пожаловалась на необычный вид языка и потерю чувствительности.

При осмотре был обнаружен белый творожистый налет по всей поверхности языка. В соскобе налета с языка был обнаружен псевдомицелий гриба кандиды. Отмена данного антибиотика и корректировка лечения способствовали выздоровлению пациента. При повторном бактериологическом исследовании, проведенном через две недели после лечения, не было выявлено почкующихся форм кандиды.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Наметьте план обследования и лечения.

Эталон ответов к задаче №3:

1. Диагноз «Острый псевдомембранозный кандидоз»
2. План лечения:
Консультация гастроэнтеролога, лечение фоновой патологии;
Санация полости рта;
Повышение иммунитета, витаминотерапия;
Диета богатая белками, снизить количество углеводов;
Антимикотические препараты.

Задача № 4.

Больной 35 лет обратился с жалобами на сухость губ, болезненное образование на нижней губе, затрудняющее улыбку, прием пищи, широкое открывание рта. Из анамнеза: по профессии строитель; впервые заболевание возникло 5 лет назад, лечился самостоятельно с применением различных мазей. Отмечает ежегодные рецидивы в холодное время года.

При осмотре: регионарные лимфоузлы безболезненные, подвижные, не увеличены; красная кайма губ сухая, шероховатая. По средней линии нижней губы имеется поперечный линейный дефект, покрытый кровянистой корочкой. При пальпации образование мягко эластической консистенции, определяется умеренная болезненность и небольшой воспалительный инфильтрат вокруг очага поражения. Полость рта санирована, гигиена неудовлетворительная, имеются зубные отложения и налет курильщика.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Наметьте план обследования и лечения.

Эталон ответов к задаче №4:

1. Диагноз: метеорологический хейлит.
2. План лечения:
 - по возможности сменить профессию
 - назначение никотиновой кислоты, витаминов группы В, фотозащитные кремы, в тяжелых случаях кортикостероиды. Диагноз: метеорологический хейлит.
 - по возможности сменить профессию
 - назначение никотиновой кислоты, витаминов группы В, фотозащитные кремы, в тяжелых случаях кортикостероиды.

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.

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 покрывшейся 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?

Эталон 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 покрышками 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 покрышкой, 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 препарата 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 голених, стопах, предплечьях и кистях - множество пузырей размером от 1,5х1,5 до 5х6 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 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.

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 пузыри 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, оксидиклозол.
11. - Эпителизирующие мази (ируксол, солкосерил, метилурациловая и т.п.)

затем внутрь в таблетках по 0,02 г 3 раза а в день после еды – 35-40 дней.

Тема 7.

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 локализирующиеся 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?

Эталоны ответов 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?

Эталоны ответов 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.

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?

Эталоны ответов 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?

Эталоны ответов 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.

Эталоны ответов 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 телятником, отрицательного результата люминесцентной диагностики, результатов микроскопического исследования - поражение волоса по типу *Trichophyton ectothrix megasporos*. Сделан посев на питательные среды. В посевах 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 элементы 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 *Trichophyton Shonleinii*. При обследовании у брата, сестры и матери обнаружено то же заболевание.

Вопросы:

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

Эталонные ответы 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 - бритье волос 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.

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.

Эталонные ответы 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 Y-YI 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?

Эталон ответа 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 подофилина, 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.

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.

Эталон ответа 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.

Эталон ответа 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 положительны. 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, насыщенного 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 пеницилина 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 образуется.

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

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.

Эталон ответа 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.

Эталон ответа 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.

Эталон ответа 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.

Эталон ответа 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.

Эталон ответа к задаче №10

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

Тема 11.

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: Нb 142 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?

Эталон ответа 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 гонококков внутримышечно), химической (инстилляция 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?

Эталон ответа 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 зубиотики (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.

Эталонные ответы 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 10×10^9 /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?

Эталонные ответы 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, далагила, 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.

Задача № 1.

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?

Эталон ответа 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: парезы, повышение рефлексов.

Вопросы:

1. Ваша тактика?
2. Предположительный диагноз?

Эталон ответа к задаче №2

Необходимо провести обследование больного на СПИД.

Задача № 3.

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

Эталон ответа 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.

Эталон ответа 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?

Эталон ответа 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.

3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачет

3.1 Форма промежуточной аттестации – зачет

Вопросы к зачету (ОПК-9)

1. Анатомия кожи. Строение слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.
2. Физиология и основные функции кожи и слизистой оболочки полости рта.
3. Основные патологические процессы, происходящие в коже и слизистой оболочке полости рта и их роль в образовании элементов сыпи.
4. Методика обследования дерматологического больного, в том числе с высыпаниями на слизистой оболочке полости рта.
5. Морфологические элементы (первичные и вторичные), их клинические особенности, в том числе при локализации на губах и слизистой оболочке полости рта.
6. Субъективные жалобы больного с кожным заболеванием.
7. Специальные дерматологические методы исследования.
8. Основные принципы общей и местной терапии дерматозов.
9. Дерматиты. Классификация. Простой контактный дерматит. Дерматиты от контакта с растениями (фитодерматиты) и от укусов насекомых. Лечение, профилактика.
10. Аллергические контактные дерматиты. Патогенез. Клинические проявления, диагностика, лечение и профилактика.
11. Токсикодермии. Определение. Этиология, патогенез. Общая характеристика токсикодермий. Лечение и профилактика различных форм токсикодермий.
12. Синдром Лайелла. Клиника и течение токсикодермии на слизистой оболочке полости рта и губах, дифференциальная диагностика с пузырьными дерматозами, герпесом, многоформной экссудативной эритемой.
13. Экзема. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
14. Псориаз. Этиология, патогенез. Клинические формы и стадии развития заболевания. Сезонность. Изоморфная реакция. Диагностические феномены, их гистопатологические особенности. Принципы общей и местной терапии. Зависимость лечения от стадии болезни. Профилактика рецидивов.
15. 15 . Красный плоский лишай. Этиология, патогенез, клиническая характеристика. Изоморфная реакция. Гистопатологические особенности. Принципы лечения.
16. Кожный зуд. Понятие об общем (универсальном) и локализованном кожном зуде. План обследования пациентов для выявления причины зуда. Принципы терапии.
17. Крапивница. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
18. Атопический дерматит. Этиология, патогенез. Понятие об атопии. Клинические проявления атопического дерматита. Принципы лечения: общее, наружное, физиотерапия, санаторно-курортное.
19. Эритематоз. Этиология, патогенез: роль аутоиммунных реакций в патогенезе красной волчанки, а также роль экзо- и эндогенных факторов, провоцирующих заболевание. Классификация (острая или системная и хроническая). Клиника хронической красной волчанки. Принципы лечения. Профилактика. Диспансеризация больных.
20. Склеродермия. Клинические формы. Лечение, профилактика. Диспансерное наблюдение.
21. Хейлиты. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
22. Предраковые заболевания губ и слизистой оболочки полости рта.
23. Классификация пузырных дерматозов. Истинная пузырчатка. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
24. Герпетический дерматит Дюринга. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
25. Многоформная экссудативная эритема. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
26. Новообразования кожи. Классификация. Доброкачественные и злокачественные новообразования кожи и слизистой оболочки полости рта. Клиника. Принципы лечения. Профилактика.
27. Пиодермии. Определение. Стафилококковые пиодермиты. Классификация, клиника, принципы лечения.
28. Стрептококковые пиодермиты. Классификация, клиника, принципы лечения.
29. Смешанные пиодермиты. Классификация, клиника, принципы лечения.
30. Чесотка. Возбудитель. Условия заражения. Клиника, осложнения, методы лечения, профилактика.
31. Педикулез (головной, платяной, лобковый). Этиология. Клиника, осложнения, методы лечения, профилактика.
32. Классификация микозов.
33. Трихофития поверхностная и хроническая. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика поражений волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей. Диагностика, лечение.
34. Трихофития инфильтративно-нагноительная. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика поражений, волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей. Диагностика, лечение.
35. Микроспория. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика поражений волосистой

части головы, гладкой кожи и ногтей. Диагностика, лечение.

36. Рубромикоз. Этиопатогенез. Клинические формы. Клиника, диагностика, современные методы лечения, профилактика.

37. Кандидоз слизистой оболочки полости рта. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.

38. Вирусные заболевания. Классификация. Бородавки. Контагиозный моллюск. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

39. Простой пузырьковый лишай. Этиология, патогенез. Клинические формы, диагностика, лечение.

40. Опоясывающий лишай. Этиология, патогенез. Клинические формы, диагностика, лечение.

41. Заболевания, передаваемые половым путём. Основные этапы развития венерологии. Современная классификация заболеваний, передаваемых половым путём. Социальные аспекты венерических болезней. Вопросы деонтологии.

42. Сифилис. Бледная трепонема: её морфологические и биологические особенности. Условия и способы заражения. Иммуитет при сифилисе, реинфекция, суперинфекция. Общее течение сифилиса, периодизация сифилиса. Классификация сифилиса. Инкубационный период и причины, влияющие на его продолжительность.

43. Первичный период сифилиса. Атипичные твердые шанкры. Особенности клинической картины твердого шанкра в области губ, языка, дёсен, миндалин, переходных складок слизистой полости рта и их дифференциальная диагностика. Полиаденит. Осложнения первичной сифиломы. Первичный серонегативный и серопозитивный сифилис.

44. Вторичный период сифилиса: клиника, течение. Клинические особенности пятнистых, папулезных и пустулезных сифилидов. Поражения внутренних органов, нервной системы, опорно-двигательного аппарата. Дифференциальный диагноз.

45. Сифилитическая алопеция, лейкодерма. Клинические разновидности, диф. диагностика.

46. Врожденный сифилис. Определение. Пути передачи инфекции потомству. Социальное значение врожденного сифилиса. Влияние сифилиса на течение и исход беременности. Сифилис плаценты и плода.

47. Гонорея. Возбудитель: морфологические и биологические свойства, пути заражения. Инкубационный период гонореи. Классификация гонореи. Клиника острого и хронического гонорейного уретрита у мужчин, методы диагностики, лечение.

48. Негонokokковые уретриты. Понятие об урогенитальном хламидиозе и трихомониазе. Принципы лечения.

49. Общественная и личная профилактики ИППП.

50. Дерматологические аспекты СПИДа.

3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине

1. Анатомия кожи.
2. Физиология и основные функции кожи
3. Морфологические элементы сыпи первичные
4. Морфологические элементы сыпи вторичные
5. Дерматиты. Классификация. Простой контактный дерматит. Аллергические контактные дерматиты. Патогенез. Клинические проявления, диагностика, лечение и профилактика.
6. Токсикодермии. Определение. Этиология, патогенез. Общая характеристика токсикодермий. Лечение и профилактика различных форм токсикодермий.
7. Экзема. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
8. Псориаз. Этиология, патогенез. Клинические формы и стадии развития заболевания. Принципы общей и местной терапии.
9. Крапивница. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
10. Эритематоз. Этиология, патогенез: роль аутоиммунных реакций в патогенезе красной волчанки, а также роль экзо- и эндогенных факторов, провоцирующих заболевание.
11. Клиника хронической красной волчанки. Принципы лечения. Профилактика. Диспансеризация больных.
12. Склеродермия. Клинические формы. Лечение, профилактика. Диспансерное наблюдение.
13. Классификация пузырных дерматозов. Истинная пузырчатка. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
14. Стафилококковые пиодермиты. Факторы риска. Классификация, клиника, принципы лечения.
15. Стрептококковые пиодермиты. Факторы риска. Классификация, клиника, принципы

- лечения.
16. Чесотка. Возбудитель. Условия заражения. Клиника, осложнения, методы лечения, профилактика.
 17. Трихофития инфильтративно-нагноительная. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика поражений, волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей. Диагностика, лечение.
 18. Микроспория. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика поражений волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей. Диагностика, лечение.
 19. Простой пузырьковый лишай. Этиология, патогенез. Клинические формы, диагностика, лечение.
 20. Опоясывающий лишай . Этиология, патогенез. Клинические формы, диагностика, лечение.
 21. Сифилис. Бледная трепонема: её морфологические и биологические особенности. Условия и способы заражения.
 22. Иммуитет при сифилисе, реинфекция, суперинфекция. Общее течение сифилиса, периодизация сифилиса.
 23. Классификация сифилиса. Инкубационный период и причины, влияющие на его продолжительность.
 24. Первичный период сифилиса. клиника, течение
 25. Вторичный период сифилиса: клиника, течение.
 26. Клинические особенности пятнистых, папулезных и пустулезных сифилидов. Сифилитическая алопеция, лейкодерма.
 27. Третичный период сифилиса. Клиника, течение. Клинические особенности бугоркового и гуммозного сифилидов.
 28. Врожденный сифилис. Определение. Пути передачи инфекции потомству. Клиника и течение раннего врожденного сифилиса.
 29. Поздний врожденный сифилис. Достоверные признаки.
 30. Гонорея. Возбудитель: морфологические и биологические свойства, пути заражения. Инкубационный период гонореи. Классификация гонореи. Клиника острого и хронического гонорейного уретрита у мужчин, методы диагностики, лечение.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

4.1 Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-9	способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	Знать: строение, топографию и развитие клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологические, возрастнополовые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастнополовых и индивидуальных особенностях строения и развития здорового и больного организма	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастнополовых и индивидуальных особенностях строения и развития здорового и больного организма

		<p>Уметь: использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированное умения использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>
		<p>Владеть: представлением о многоуровневом принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связях внутри него; представлением о взаимоотношении и структуры и функции строения тела человека, с целью</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки владения представлением о многоуровневом принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связях внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков владения представлением о многоуровневом принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связях внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.</p>

		последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.	дисциплины.	
--	--	--	-------------	--

4.2. Шкала, и процедура оценивания
4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.

4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для оценки реферата:

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 эссе

❖ Оценка «отлично» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, высказывает собственное мнение по поводу проблемы, грамотно формирует и аргументирует выводы.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, но не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, при этом высказывает собственное мнение по поводу проблемы и грамотно, но не достаточно четко аргументирует выводы.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если студент не выделил основной проблемный вопрос темы, плохо структурирует материал, слабо владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, не высказывает собственное мнение по поводу проблемы и не достаточно четко аргументирует выводы.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Студент не ориентирован в проблеме, затрудняется проанализировать и систематизировать материал, не может сделать выводы.

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.

Для разбора тематического больного

Отлично – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

Хорошо – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Удовлетворительно – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Неудовлетворительно – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Для курации больного

Отлично- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Хорошо - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Удовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

Неудовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

Для разбора истории болезни

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.

Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.)

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» выставляется при несформированности компетенций, при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.