**Пиодермии**

**Задача № 1**

У больного на коже верхней губы справа находится болезненный фурункул красного цвета, существующий в течение 3 дней, температура 36,6ºC.

1.Какой первичный элемент этого заболевания, его эволюция, возможные осложнения при такой локализации фурункула? – I МЭ – узел. Инфильтрат → рост + покраснение кожи →флюктуация с формированием некротического стержня → вскрытие с отделением большого количества гнойно-некротического содержимого → изъязвление → рубцевание. При данной локализации Ф. опасны осложнения: менингит, тромбофлебит кавернозного синуса, сепсис.

2.Ваше мнение об этиологии этого заболевания? Какие лабораторные исследования могут подтвердить диагноз? – Вызывается стафилококками на фоне ослабления иммунного статуса, ИД при СД, etc. Подтвердить диагноз могут помочь анализы крови на Глю, биохимический анализ крови.

3.Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями, сопровождающимися высыпанием таких первичных элементов? -

4.Лечение и меры, направленные на профилактику осложнений при данной локализации фурункула. – Чистый ихтиол (лепешка) на стадии узла, сухое тепло, УВЧ. При формировании стержня – повязки с гипертоническим раствором. На вскрывшийся Ф.: левомеколь, левосин, солкосерил, актовегин бактробан, томицид (АБ широкого спектра).

С учетом локализации необходимо *обязательное назначение АБ*: клоксациллин по 500 мг 4 раза в сутки, рифампин 600 мг/сутки один раз в течение 7—10 дней, клиндамицин 150 мг/сутки. При плохом отторжении некротического стержня используют протеолитические ферменты (1% трипсин, химопсин и др.).

5.Меры профилактики рецидива заболевания. – Санация очагов хронической инфекции, диета со ↓ углеводов, закаливание, соблюдение правил личной гигиены.

**Задача № 2**

Больной с диагнозом фурункулез направлен в физиотерапевтический кабинет для лечения токами УВЧ.

1.Какой первичный элемент этого заболевания, его эволюция, исход?   
I МЭ – узел. Инфильтрат → рост + покраснение кожи →флюктуация с формированием некротического стержня → вскрытие с отделением большого количества гнойно-некротического содержимого → изъязвление → рубцевание (или бесследно проходит, или рубцовая атрофия без образования стержня).

2.Ваше мнение об этиологии этого заболевания? Какие дополнительные исследования надо применить для оптимизации лечения фурункулеза? - Вызывается стафилококками на фоне ослабления иммунного статуса, ИД при СД, etc. Подтвердить диагноз могут помочь анализы крови на Глю, биохимический анализ крови.

3.Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями, сопровождающимися высыпанием таких первичных элементов?

4.Назначьте лечение. - Чистый ихтиол (лепешка) на стадии узла, сухое тепло, УВЧ. При формировании стержня – повязки с гипертоническим раствором. На вскрывшийся Ф.: левомеколь, левосин, солкосерил, актовегин, бактробан, томицид (АБ широкого спектра). + Специфическая и неспецифическая иммунотерапия; витамины А, С, В.

Необходимо обязательное назначение АБ: клоксациллин по 500 мг 4 раза в сутки, рифампин 600 мг/сутки один раз в течение 7—10 дней, клиндамицин 150 мг/сутки. При плохом отторжении некротического стержня используют протеолитические ферменты (1% трипсин, химопсин и др.).

5.Какие меры профилактики рецидивов этого заболевания? - Санация очагов хронической инфекции, диета со ↓ углеводов, закаливание, соблюдение правил личной гигиены.

**Задача № 3**

Больной был доставлен скорой помощью с сотрясением мозга и потерей сознания. Находился в палате, где лежало еще трое больных. Через 4 дня, придя в сознание, больной пожаловался на сильный кожный зуд, усиливающийся в ночное время. Больному поставлен диагноз чесотка.

1.Опишите первичные и вторичные элементы этого заболевания, анамнез, клинику. –I МЭ – парные папулы и везикулы. II МЭ – экскориации. Заражение чесоткой происходит при передаче клеща от больного человека здоровому посредством контакта или опосредованно (через предметы, которыми пользовался больной, одежду, постельное белье). Клиника: сильный зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время (когда самка клеща грызет ходы). Локализация: межпальцевые складки, запястья, ягодицы, низ живота, подмышки, область сосков; у детей – где угодно может локализоваться.

2.Какие лабораторные исследования надо провести для подтверждения диагноза? – Соскоб. Серологические реакции.

3.Назначьте лечение. - Перед началом лечения целесообразно принять горячий душ или ванну, пользуясь мочалкой и мылом для механического удаления с поверхности кожи клещей, а также для разрыхления поверхностного слоя эпидермиса, что облегчит проникновение противопаразитарных средств. Водно-мыльная эмульсия бензилбензоата; обработка по методу Демьяновича; мази с серой или дегтем; лосьон Линдан; Спрегаль, Кротамитон (эуракс); антигистаминные ЛС.

4.Какие мероприятия надо провести для профилактики передачи этого заболевания другим стационарным больным и рецидива заболевания у данного больного? - Ранняя диагностика чесотки, выявление и одновременное лечение всех контактных лиц; своевременная тщательная дезинфекция одежды, нательного и постельного белья, мебели и других предметов обстановки. Белье больных кипятят, платье и другую одежду (при невозможности обработки в дезкамере) тщательно проглаживают горячим утюгом или проветривают на воздухе в течение 5 дней, а на морозе – в течение 1 дня. Проводят влажную уборку помещений с 5% раствором хлорамина. Этим же дезинфицирующим средством обрабатывают мягкую мебель.

**Задача № 4 – Смотри предыдущую задачу.**

Что необходимо предпринять при обнаружении чесотки у стационарного больного?

1.Опишите первичные элементы этого заболевания.

2.Что может подтвердить данный диагноз (анамнез, клиника, лабора-торные данные)

3.Назначьте лечение

4.Какие мероприятия можно рекомендовать для профилактики рецидива заболевания и передачи этого заболевания другим стационарным больным?

**Задача № 5**

В физиотерапевтический кабинет направлен больной с невскрывшимся фурункулом шеи, по поводу которого наложена повязка с мазью Вишневского.

1.Какой первичный элемент при этом заболевании? – Узел.

2.Ваше мнение об этиологии этого заболевания, об исходе. Его лабораторная диагностика. Вызывается стафилококками на фоне ослабления иммунного статуса, ИД при СД, etc. Диагностика: ОАК, биохимический анализ крови.

3.Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями, сопровождающимися высыпанием таких первичных элементов?

4.Назначьте лечение. - Чистый ихтиол (лепешка) на стадии узла, сухое тепло, УВЧ. При формировании стержня – повязки с гипертоническим раствором. На вскрывшийся Ф.: левомеколь, левосин, солкосерил, актовегин, бактробан, томицид (АБ широкого спектра). + Специфическая и неспецифическая иммунотерапия; витамины А, С, В.

5.Какие мероприятия можно рекомендовать для профилактики рецидива заболевания? - Санация очагов хронической инфекции, диета со ↓ углеводов, закаливание, соблюдение правил личной гигиены.

**Задача № 6**

Больная 68 лет обратилась по поводу болезненности в углу рта, особенно при приеме пищи. Больная пользуется съемными протезами, которые были поставлены 7 лет тому назад. При осмотре: кожа углов рта гиперемирована, имеются эрозии линейной формы, покрытые серозно-гнойной коркой. Прикус резко снижен.

1.Ваш предварительный диагноз. – Импетиго стрептококковое – стрептококковая заеда.

2.Какой первичный и вторичный элементы в основе клиники этого заболевания? – I МЭ – фликтена, II МЭ – эрозия.

3.Дифференциальный диагноз с заболеваниями с такой же этиологией и высыпаниями. – Дифференцировать необходимо с сифилитической заедой (когда разводим углы рта, эрозия приобретает четкие овальные очертания, в основании есть плотный инфильтрат, в содержимом – Tr. Pallidum и воспалительный отек) и кандидозной заедой (эрозии насыщенного красного цвета, прикрыты легко снимающимся беловатым налетом + выявляется Candida Albicans).

4.Назначьте лечение.

– Если процесс носит поверхностный и ограниченный характер, то необходимо запретить мыться вокруг очага, здоровую кожу обрабатывать дезинфицирующими растворами (H2O2, etc.) от периферии к центру + обработка поверхностными АБ, экссудирующие эрозии тушируются анилиновыми красителями.

– Если процесс носит хронический и глубокий характер, добавляют АБ-терапию по результатам проб на чувствительность + иммунокоррекция + витаминотерапия.

5.Порекомендуйте мероприятия для профилактики этого заболевания. - В целях профилактики импетиго порезы, ссадины целесообразно обрабатывать дезинфицирующими средствами: анилиновыми красителями, бактробаном.

**Задача № 7**

К Вам обратился больной по поводу сильных болей в области верхней губы и повышения температуры. Верхняя губа отечна, инфильтрирована, кожа имеет синюшно-красный цвет, горяча на ощупь, в центре — пустула.

1.Какой первичный элемент при этом заболевании? – Узел?

2.Ваше мнение об этиологии этого заболевания? – Снижение иммунного статуса, нарушение правил личной гигиены.

3.Ваша тактика ведения этого больного (режим, диета). Режим постельный, назначается диета со ↓ углеводов.

4.Назначьте лечение. - Чистый ихтиол (лепешка) на стадии узла, сухое тепло, УВЧ. При формировании стержня – повязки с гипертоническим раствором. На вскрывшийся Ф.: левомеколь, левосин, солкосерил, актовегин, бактробан, томицид (АБ широкого спектра).

С учетом локализации необходимо *обязательное назначение АБ*: клоксациллин по 500 мг 4 раза в сутки, рифампин 600 мг/сутки один раз в течение 7—10 дней, клиндамицин 150 мг/сутки.

При плохом отторжении некротического стержня используют протеолитические ферменты (1% трипсин, химопсин и др.).

5.Профилактика осложнений данного заболевания. – Динамическое наблюдение, исключение самостоятельного удаления стержня.

**Задача № 8**

На коже живота имеются два очень болезненных островоспалительных узла, кожа над ними гиперемирована, вокруг небольшая отечность. В центральной части одного из элементов — некроз. Такие высыпания появляются периодически. Год назад обнаружен сахарный диабет.

1.Ваш предварительный диагноз. – Фурункулез.

2. Какой первичный элемент при этом заболевании? – I МЭ – узел.

3.С чем связаны рецидивы заболевания, дифференциальный диагноз с другими заболеваниями узлов? – Рецидивы обусловлены ↓ иммунного статуса на фоне СД.

4.Назначьте лечение. - Чистый ихтиол (лепешка) на стадии узла, сухое тепло, УВЧ. При формировании стержня – повязки с гипертоническим раствором. На вскрывшийся Ф.: левомеколь, левосин, солкосерил, актовегин, бактробан, томицид (АБ широкого спектра). + Специфическая и неспецифическая иммунотерапия; витамины А, С, В.

5.Какие мероприятия надо провести для профилактики рецидивов этого заболевания? - Санация очагов хронической инфекции, диета со ↓ углеводов, закаливание, соблюдение правил личной гигиены.

**Задача № 9**

У больного 75 лет с вторичной адентией в углу рта имеется эрозия с трещиной в центре, скрытая серовато-желтой коркой. Во время еды отмечается болезненность в месте поражения.

1.Ваш предварительный диагноз. – Стрептококковая заеда (импетиго).

2.Какой первичный элемент при этом заболевании? – Фликтена (тонкостенный пузырь размером с 2-рублевую монету, располагающийся на гиперемированном основании, заполненный мутным содержимым и склонный к росту, самопроизвольному вскрытию и образованию лимонно-желтой корки).

3.Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями, сопровождающимися подобными первичными и вторичными элементами?

− Дифференцировать необходимо с сифилитической заедой (когда разводим углы рта, эрозия приобретает четкие овальные очертания, в основании есть плотный инфильтрат, в содержимом – Tr. Pallidum и воспалительный отек) и кандидозной заедой (эрозии насыщенного красного цвета, прикрыты легко снимающимся беловатым налетом + выявляется Candida Albicans).

4.Назначьте лечение.

– Если процесс носит поверхностный и ограниченный характер, то необходимо запретить мыться вокруг очага, здоровую кожу обрабатывать дезинфицирующими растворами (H2O2, etc.) от периферии к центру + обработка поверхностными АБ, экссудирующие эрозии тушируются анилиновыми красителями.

– Если процесс носит хронический и глубокий характер, добавляют АБ-терапию по результатам проб на чувствительность + иммунокоррекция + витаминотерапия.

5.Какие мероприятия можно рекомендовать для профилактики этого заболевания?- В целях профилактики импетиго порезы, ссадины целесообразно обрабатывать дезинфицирующими средствами: анилиновыми красителями, бактробаном.

**Задача № 10 (смотри предыдущие задачи?)**

В подмышечной впадине имеется очень болезненный островоспа-лительный плотный узел с флюктуацией в центре, кожа вокруг отечная, поверхность гиперемирована.

1.Ваш предварительный диагноз. – **Гидраденит?**

2.Ваше мнение об эволюции узла.

3.Дифференциальный диагноз с заболеваниями, сопровождающимися подобным первичным элементом?

4.Назначьте лечение.

5.Рекомендуйте мероприятия для профилактики этого заболевания.

**Задача № 11**

У ребенка, посещающего сад, на коже лица имеются множественные, местами сливающиеся фликтены, серозно-гнойные корки. На слизистой оболочке щек, языка, десен имеются эрозии неправильных очертаний, покрытые гнойным налетом.

1.Эволюция первичного элемента — фликтены. Рост → самопроизвольное вскрытие → образование лимонно-желтой крошащейся корки.

2.Этиология этого заболевания. – Стрептококки вызывают заболевание.

3.Дифференциальный диагноз с заболеваниями этой этиологии, сопровождающимися фликтенами.

– Дифференцировать необходимо с сифилитической заедой (когда разводим углы рта, эрозия приобретает четкие овальные очертания, в основании есть плотный инфильтрат, в содержимом – Tr. Pallidum и воспалительный отек) и с кандидозной заедой (эрозии насыщенного красного цвета, прикрыты легко снимающимся беловатым налетом + выявляется Candida Albicans).

4.Назначьте лечение.

– Если процесс носит поверхностный и ограниченный характер, то необходимо запретить мыться вокруг очага, здоровую кожу обрабатывать дезинфицирующими растворами (H2O2, etc.) от периферии к центру + обработка поверхностными АБ, экссудирующие эрозии тушируются анилиновыми красителями.

– Если процесс носит хронический и глубокий характер, добавляют АБ-терапию по результатам проб на чувствительность + иммунокоррекция + витаминотерапия.

Кожу вокруг очагов протирают 2% салициловым спиртом, настойкой календулы (1 столовая ложка на 1 стакан кипяченой воды), фликтены, корки пропитывают 2% спиртовым, а эрозии – водным раствором анилиновых красителей (бриллиантового зеленого, генциан-виолета, фуксина), крепким раствором перманганата калия. Показано УФ-облучение.

5.Рекомендуйте противоэпидемические мероприятия. – Необходимо исключить контакт больных детей со здоровыми, т.к. заболевание контагиозное.

**Задача № 12**

К Вам обратился гинеколог с околоногтевой фликтеной.

1.Какой первичный элемент при этом заболевании? Этиология процесса.

Заболевание – импетиго. Вызывается стрептококками. Развитию импетиго способствуют микротравмы, несоблюдение гигиены кожи, ослабление иммунитета; импетиго может осложнить различные дерматозы. I МЭ – фликтена.

2.Дифференциальный диагноз с заболеваниями, сопровождающимися сходными первичными элементами.

3.Проведите лечение.

– Если процесс носит поверхностный и ограниченный характер, то необходимо запретить мыться вокруг очага, здоровую кожу обрабатывать дезинфицирующими растворами (H2O2, etc.) от периферии к центру + обработка поверхностными АБ, экссудирующие эрозии тушируются анилиновыми красителями.

– Если процесс носит хронический и глубокий характер, добавляют АБ-терапию по результатам проб на чувствительность + иммунокоррекция + витаминотерапия.

Кожу вокруг очагов протирают 2% салициловым спиртом, настойкой календулы (1 столовая ложка на 1 стакан кипяченой воды), фликтены, корки пропитывают 2% спиртовым, а эрозии – водным раствором анилиновых красителей (бриллиантового зеленого, генцианвиолета, фуксина), крепким раствором перманганата калия. Показано УФ-облучение.

4.Рекомендуйте мероприятия для профилактики этого заболевания. – Соблюдение правил личной гигиены; порезы, ссадины целесообразно обрабатывать дезинфицирующими средствами: анилиновыми красителями, бактробаном.