**Первичные и вторичные элементы**

**Задача №1**

1.Какие патоморфологические изменения могут развиваться в узелке? – Пигментация и депигментация, разрастание эпидермиса при невоспалительных папулах (бородавка), отложение в дерме патологических продуктов обмена (ксантома), разрастание ткани дермы (папиллома).

2.В какие элементы трансформируется узелок? – См. пред. вопрос.

3.Пример заболеваний, при которых узелок является первичным элементом. – Воспалительные папулы при чешуйчатом лишае, экземе, II Сифилисе, КПЛ. Невоспалительные – ксантомы, папилломы.

**Задача №2**

1. Какие Вы знаете пятна? – Сосудистые (воспалительные: розеолы, эритема; невоспалительные: телеангиэктазии; геморрагические: петехии, пурпура, экхимозы, гематомы) и дисхромические (гипер- и депигментированные, врожденные и приобретенные).

2. Приведите примеры заболеваний, где пятно - первичный элемент. –

Островоспалительная розеола – при кори, скарлатине, экземе, дерматите, розовом лишае.

Неостровоспалительная розеола – II Сифилис, Эритразма, Отрубевидный лишай.

Эритема – Экзема, дерматиты, ожог I ст., МЭЭ, рожистое воспаление.

3. Какие патогенетические механизмы ведут к появлению пятен.

**Задача №3**

1.Какие Вы знаете первичные инфильтративные элементы? – Пятно (macula), Узелок (papula), Бугорок (tuberculum), Узел (nodus).

2.Во что каждый из них трансформируется?

Пятно - ?

Узелок – пигментация/депигментация, эрозии.

Бугорок – изъязвления, рубцевание или рубцовая атрофия.

Узел – изъязвление, рубцевание.

3.Примеры заболеваний.

Пятно – см. пред. задачу.

Узелок - воспалительные папулы при чешуйчатом лишае, экземе, II Сифилисе, КПЛ.

Бугорок – III сифилис, ТБ волчанка, лепра.

Узел – лепра, III сифилис, колликвативный ТБ.

З**адача №4**

1.Нарисуйте схематично эрозию и язву (относительно слоев кожи). Эрозия – в пределах эпидермиса, язва затрагивает дерму.

2.Какие первичные элементы предшествуют каждому из них? – Эрозии предшествуют пузырьки, пузыри, гнойнички. Язве предшествуют бугорки, узлы, глубокие пустулы.

3.Каков исход эрозии и язвы? – Эрозия заживает без образования рубца, Язва – с рубцом.

**Задача №5**

1.Какие патогистологические изменения развиваются в шиповатом слое эпидермиса? – Акантоз, акантолиз.

2.Приведите пример заболеваний для этих изменений? – Акантоз простой – бородавки, межсосочковый А. – псориаз, инфильтрирующий А. – бородавчатый ТБ. Акантолиз – пузырчатка, болезнь Дарье, вирусные дерматозы.

3.Какие первичные элементы могут образовываться в результате этих патогистологических изменений? – Пузыри в результате акантолиза.

**Задача №6**

1.Какие патогистологические изменения развиваются в роговом слое эпидермиса? – Гиперкератоз, паракератоз.

2.Дайте определения каждому из них? – Гиперкератоз – избыточное утолщение рогового слоя без структурных изменений клеток, паракератоз – нарушение процесса ороговения.

3. Примеры заболеваний? – Гиперкератоз – ихтиоз. Паракератоз – псориаз, перхоть.

**Задача №7**

1.Что такое акантоз? – Увеличение числа рядов клеток шиповатого слоя эпидермиса.

2.Что такое агранулез? – Отсутствие зернистого слоя эпидермиса.

3.Что такое акантолиз? – Расплавление межклеточных эпителиальных мостиков в шиповатом слое эпидермиса.

**Задача №8**

1.Перечислите вторичные морфологические элементы? – Пигментные пятна, чешуйки, корки, поверхностные и глубокие трещины, ссадины/экскориации, эрозии, язвы, рубцы, лихенизации и вегетации.

2.Какой из вторичных элементов может быть следствием гиперкератоза? – Чешуйки.

3.В каком слое эпидермиса развивается гиперкератоз? – В роговом (без структурных изменений клеток).

**Задача№9**

1.В чем отличие пузыря от волдыря? – Пузырь – экссудативный *полостной* элемент от 1 см, Волдырь – экссудативный *бесполостной* элемент, образующийся в результате островоспалительного отека сосочкового слоя дермы.

2.Во что трансформируется пузырь? – В эрозию.

3.В результате чего образуется волдырь? – См. 1 вопрос.

**Задача №10**

1.Перечислите все слои кожи. – Эпидермис (базальный, шиповатый, зернистый, блестящий, роговой), дерма (сосочковый, сетчатый), ПЖК.

2.Что относиться к ростковому слою кожи? – Базальный и шиповатый слои?

3.Перечислите придатки кожи? – Волосы, ногти, потовые и сальные железы.

**Задача № 11**

1.Перечислите функции кожи? – Защитная, дыхательная, резорбционная, секреторная, депонирующая, пигментообразующая, рецепторная, терморегуляторная.

2.Какие структуры кожи обеспечивают защитную функцию кожи? – Слои кожи, придатки кожи.

3.Что такое папилломатоз? – Образование множественных папиллом.

**Задача № 12**

1.Какие методы диагностики используются в дерматологии? – Осмотр, пальпация элементов, поскабливание; иммунологические, цитологические, бактериоскопические, гистологические методы; кожные пробы, диаскопия.

2.Чем отличается трещина от эрозии? – Трещина – линейный дефект кожи, возникающий из-за нарушения её эластических свойств на местах, подвергающихся растяжению. Эрозия – поверхностный дефект кожи после вскрытия пузырьков, пузырей, везикул, повреждения папул.

3.Во что трансформируется бугорок? –В язву, потом рубцевание или рубцовая атрофия.

**Задача №13**

*1.Опишите строение слизистой оболочки (какие есть особенности)? -*

2.Что такое спонгиоз? – Межклеточный отек.

3.В результате чего образуется корка? – В результате высыхания серозного экссудата, гноя, крови, применявшихся ЛС.

Дерматиты, Экзема, Токсидермии

Задача № 1.

У больного 22 лет на коже запястья левой руки появился зуд, эритематозные пятна с неправильными очертаниями, с нечеткими границами, мелкопапулезная и везикулезная сыпь. При осмотре больного удалось установить, что заболевание началось после приобретения и ношения нового металлического браслета для часов.

1. Ваш предварительный диагноз. – Аллергический контактный дерматит.

2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? - Зуд, эритематозные пятна с неправильными очертаниями, с нечеткими границами, мелкопапулезная и везикулезная сыпь

3. Какие исследования можно провести для его подтверждения? – Аллергопробы с металлом браслета.

4. С чем следует дифференцировать данное заболевание? – С простым контактным дерматитом?

5. Назначьте лечение. – Присыпки, КС мази и индифферентные ПВС (пантенон, бипантен).

Задача № 2.

К Вам направлена больная 35 лет, наблюдающаяся у терапевта по поводу острого респираторного заболевания. У больной на коже туловища и конечностей появилась распространенная розеолезно-папулезная сыпь, сопровождающаяся зудом. Из опроса выяснили, что больная по поводу ОРЗ принимает аспирин и бисептол.

1.Ваш предварительный диагноз. – Токсидермия

2.Какие исследования можно провести для его подтверждения? – Аллергические тесты, лабораторные тесты (реакция дегрануляции базофилов, гемагглютинация, etc.) м.б. не достоверны. Тест с отменой препарата (-ов).

3.Проведите дифференциальную диагностику. – С КПЛ, псориазом, псориазиформным сифилидом.

4.Назначьте лечение. – Отмена препаратов, щадящая диета, энтеросорбция, антигистаминные препараты.

5.Дайте рекомендации больному с целью профилактики рецидивов заболевания. – Исключение полипрагмазии, отказ от приема ЛС, вызывающих токсидермию.

Задача № 3.

У больного на коже кистей с ладонной и тыльной стороны, а также между пальцами появилась яркая эритема, мелкие пузырьки, мокнутие, корки, высыпания сопровождаются выраженным зудом. Больной в детстве болел диатезом, не переносит пенициллин и некоторые пищевые продукты. В последнее время имеет много стрессовых ситуаций, связанных с семейными обстоятельствами.

1.О каком заболевании идет речь? – Экзема.

2.Укажите клиническую форму данного заболевания. – Истинная.

3.Какие патоморфологические изменения кожи характерны для данного заболевания? – Паракератоз, очаговый спонгиоз, отек сосочкового слоя дермы с лимфоцитарным инфильтратом вокруг расширенных сосудов.

4.Перечислите стадии данного заболевания. – Эритематозная, папулезная, везикулезная, мокнутие, корковая стадия, шелушение.

5.Назначьте лечение. –

Десенсибилизация (глюконат и хлорид Ca 10% 5-10 ml N. 10-15 в/м и в/в),

антигистаминные (супрастин, диазолин; зиртек, эриус, кларитин)
седативные (магнезия 25% 3-10 ml N. 10 в/в, феназепам, реланиум, экстракт валерианы) ЛС,

антидепрессанты, нейролептики;

дезинтоксикация (энтеросорбенты: лактофильтрум, энтеросорб и инфузионная терапия: гемодез, реополиглюкин до 400 мл/сутки),

иммунокоррекция (Т-активин, иммунофан, лейкинферон);

КС (в небольших дозах, небольшими курсами) при неэффективности всех ЛС.

Наружно: примочки с хлоргексидином, борной кислотой, танином, etc., болтушки, пасты, мази, кремы.

Задача № 4.

К Вам от хирурга направлен больной, находящийся на лечении по поводу трофической язвы голени. Больной в течение 3 недель получал лечение сосудистыми и эпителизирующими средствами. На коже вокруг трофической язвы появилась эритема, множество мелких везикул, мокнутие, серо-желтые корки. Больного беспокоит выраженный зуд. На коже нижних конечностей появились округлые зудящие очаги эритемы, размером с 2 – 3 копеечную монету, покрытые грязно-серыми чешуйками и корками.

1.О каком заболевании идет речь? – Экзема.

2.Укажите клиническую форму данного заболевания. – Микробная, околораневая.

3.Какие симптомы служат основанием для этого диагноза? – См. условие.

4.Какой первичный элемент при этом заболевании? – Серопапулы и папуловезикулы?

5.Назначьте лечение. – АБ-терапия, см. предыдущий вопрос.

Задача № 5.

Больной, по совету друга, с целью профилактики венерических заболеваний после случайного полового контакта сделал себе инъекцию бициллина. Через несколько часов у больного поднялась температура до 40°С, кожа стала резко болезненной, появились обширные, распространенные очаги эритемы, стали появляться разнокалиберные, ненапряженные пузыри, которые быстро вскрывались. На их месте образовывались сливающиеся мокнущие ярко-красные эрозии. При легком дотрагивании до внешне неизмененной кожи эпидермис легко отслаивается и свисает большими лоскутами.

1.Ваш диагноз. – Синдром Лайелла, распространенная форма токсидермии (острый эпидермальный некролиз).

2.Какие симптомы служат основанием для этого диагноза? – См. условие.

3.Какие патоморфологические изменения в эпидермисе наблюдаются при этом заболевании? – Субэпидермальные и интраэпидермальные пузыри, полная потеря структуры всех слоев эпидермиса. Акантолиз?

4.Необходима ли госпитализация данному больному? – Да, в реанимационное отделение.

5.Назначьте лечение и меры профилактики. – КС аэрозоли, потом – Кольт-крем, КС мази; системно: 120-180 мг/сутки КС, дезинтоксикация (до 3 литров/сутки), форсированный диурез, АБ-терапия, гепарин для профилактики ДВС-синдрома, кардиотоническая поддержка.

Задача № 6.

Больному, 32 лет, при обслуживании аккумулятора на кожу попал электролит, содержащий концентрированную серную кислоту. Больного беспокоит болезненность в области поражения, на коже в местах попадания электролита появились очаги эритемы с четкими границами, пузыри и эрозии.

1.Поставьте диагноз. – Простой контактный дерматит.

2.С каким заболеванием необходимо дифференцировать имеющееся у пациента заболевание? – С аллергическим контактным дерматитом.

3.В чем сходство и в чем отличие этих заболеваний? Разные раздражители, отсутствие явления сенсибилизации, четкие границы поражения, стадийность (пятно-пузырь-некроз), субъективно – боль и жжение, а не зуд.

4.Назначьте лечение. – Примочки, КС мази, индифферентные ПВС ЛС (пантенон, бипантен).

5.Останутся ли рубцовые изменения в области поражения? – Да?

Задача № 7.

К Вам обратилась девушка 18 лет, страдает заболеванием 2 года.

Объективно: на лице, за ушными раковинами, на груди на фоне эритемы пузырьки, папулы, серозные колодцы, жирные желтые чешуйки. Субъективно выражен интенсивный зуд.

1.О каком заболевании идет речь? – Экзема.

2.Укажите клиническую форму данного заболевания. – Себорейная.

3.Какие симптомы служат основанием для этого диагноза? – См. условие.

4.Какой первичный элемент при этом заболевании? – Эритематозное пятно с шелушением? Везикула?

5.Назначьте лечение. – Гипоаллергенная диета, десенсибилизация (глюконат и хлорид Ca 10% 5-10 ml N. 10-15 в/в, тиосульфат Na 30% 5-10 ml на 200 ml NaCl N. 10-15); антигистаминные (супрастин, диазолин; зиртек, эриус, кларитин) и седативные ЛС (настойки пиона, боярышника, экстракт валерианы, магнезия 25% 3-10 ml в/в), дезинтоксикация?, иммунокорректоры (иммунофан, лейкинферон, Т-активин).

Задача № 8.

К Вам обратилась больная, у которой после однократного, но длительного пребывания на южном солнце появилась гиперемия, пузыри на участках тела, не защищенных купальником.

1.Поставьте диагноз. – Простой контактный дерматит (ожог).

2.С каким заболеванием необходимо дифференцировать имеющееся у пациента заболевание? – С аллергическим контактным дерматитом.

3.В чем сходство и в чем отличие этих заболеваний? - Разные раздражители, отсутствие явления сенсибилизации, четкие границы поражения, стадийность (пятно-пузырь-некроз), субъективно – боль и жжение, а не зуд.

4.Назначьте лечение. - Примочки, КС мази, индифферентные ПВС ЛС (пантенон, бипантен).

5. Какие мероприятия рекомендуете для профилактики рецидивов заболевания? – Избегание длительного нахождения на солнце, etc.

Задача № 9.

Врач «скорой помощи» был вечером вызван к больному, у которого резко повысилась температура до 38,9 ºС. Утром этого же дня больной чувствовал недомогание и боль в горле, по поводу чего принял 3 таблетки эритромицина. При осмотре у больного по всему кожному покрову наблюдаются пятнистые высыпания розового цвета, крупные, сливающиеся между собой, сопровождающиеся интенсивным зудом.

1.Ваш предварительный диагноз. – Распространенная токсикодермия.

2.Какие исследования можно провести для его подтверждения? – Иммунологические пробы (реакция бласттрансформации лимфоцитов, тест дегрануляции лейкоцитов и др.)

3.Чем может быть опасно данное состояние? – Развитием с-ма Лайелла.

4.Назначьте лечение. – Десенсибилизация, дезинтоксикация, антигистаминные ЛС, КС (в тяжелом случае), прекращение приема эритромицина.

5.Дайте рекомендации больному с целью профилактики рецидивов заболевания. – Исключить прием эритромицина и АБ из одной с ним группы.

Задача № 10.

После стрессовой ситуации внезапно возникла яркая эритема, отечность лица и шеи, на этом фоне много везикул, выражено мокнутие, много серозных колодцев. Поражение симметричное, без четких границ, сопровождается жжением и зудом. Аналогичная картина ранее наблюдалась дважды.

1.О каком заболевании идет речь? – Экзема.

2.Укажите клиническую форму данного заболевания. – Истинная.

3.Какие симптомы служат основанием для этого диагноза?

4.Какой первичный элемент при этом заболевании? – Микровезикула и серопапула?

5.Назначьте лечение. –

Десенсибилизация (глюконат и хлорид Ca 10% 5-10 ml N. 10-15 в/м и в/в),

антигистаминные (супрастин, диазолин; зиртек, эриус, кларитин)

седативные (магнезия 25% 3-10 ml N. 10 в/в, феназепам, реланиум, экстракт валерианы) ЛС,

дезинтоксикация,

иммунокоррекция; КС при неэффективности всех ЛС.

Наружно: примочки с хлоргексидином, борной кислотой, танином, etc., болтушки, пасты, мази, кремы.

Задача № 11.

К Вам направлена больная 43 лет из кабинета физиотерапии, где ей проводили лечение радикулита с использованием примочек с димексидом и новокаином на пояснично-крестцовый отдел. После третьего сеанса на коже поясницы появились очаги эритемы с неправильными очертаниями, без четких границ. Больную беспокоит сильный зуд в очагах поражения.

1.Поставьте диагноз. – Аллергический контактный дерматит?

2.С каким заболеванием необходимо дифференцировать имеющееся у пациента заболевание? – С экземой, простым контактным дерматитом?

3.В чем сходство и в чем отличие этих заболеваний? - Разные раздражители, отсутствие явления сенсибилизации, четкие границы поражения, стадийность (пятно-пузырь-некроз), субъективно – боль и жжение, а не зуд – для простого контактного дерматита.

4.Назначьте лечение. - Присыпки, КС мази и индифферентные ПВС (пантенон, бипантен). Антигистаминные и десенбилизирующие ЛС.

5. Какие мероприятия рекомендуете для профилактики рецидивов заболевания? - Исключение из плана лечения примочек с димексидом и новокаином, etc.

Задача № 12.

У больного после приема бисептола по поводу простудного заболевания на сгибательной поверхности левого предплечья появилось отечное, округлое, четко ограниченное пятно, размером 3х5 см, темно-фиолетового цвета, не сопровождающееся субъективными ощущениями. Подобные высыпания (со слов больного) наблюдались несколько лет назад и имели ту же локализацию.

1.Ваш диагноз. – Токсидермия ограниченная.

2.Какой первичный элемент при этом заболевании? – Пятно (макула).

3.Проведите дифференциальную диагностику. – С бляшечной пиодермией (стадийность течения, фон – прием АБ, одна и та же локализация).

4.Назначьте лечение. –

Десенсибилизация,

дезинтоксикация,

антигистаминные ЛС,

КС (в тяжелом случае).

5.Какие мероприятия рекомендуете для профилактики рецидивов заболевания? – Исключить прием сульфаниламидных АБ.

Псориаз и Красный плоский лишай

Задача № 1.

Больной связывает начало заболевания с перенесенным стрессом. На коже разгибательной поверхности конечностей имеются симметричные папулы, сливающиеся в бляшки, имеющие венчик роста по периферии. Феномен Кебнера положительный. При поскабливании бляшек удается получить феномены стеаринового пятна, терминальной пленки и кровяной росы.

1.Ваш предварительный диагноз. – Псориаз.

2.Определите стадию заболевания, указав характерные симптомы. – Прогрессирующая (есть венчик роста).

3.Какие факторы играют доминирующую роль в патогенезе данного заболевания? – Генетическая предрасположенность, иммунопатология, нейрогенные и инфекционные воздействия.

4.С чем следует дифференцировать данное заболевание? – С КПЛ, c II папулезным сифилисом?

5.Назначьте лечение. – Гипоуглеводная и гиполипидная диета, дезинтоксикация, десенсибилизация, антигистаминные и седативные препараты (если есть зуд), витаминотерапия (в стационарную стадию); пирогенотерапия (пирогенал, продигиозан) системные КС и цитостатики в тяжелых случаях.

Наружно в данную стадию: 1-2% салициловая мазь, индифферентные смягчающие средства (вазелин, крем Унны), КС мази, Дайвобет.

Задача № 2.

К врачу обратился больной 42 лет с жалобами на болезненность суставов пальцев рук и скованность движений по утрам. Две недели назад перенес аппендэктомию. Объективно: кожа в области межфаланговых суставов пальцев кистей не изменена, ограничения подвижности суставов отсутствуют. Ногтевые пластинки утолщены, разрыхлены, деформированы, отмечаются ломкость свободного края, продольные, поперечные борозды и точечные вдавления на поверхности. На разгибательной поверхности локтевых суставов имеются папулы розово-красного цвета, округлых очертаний, с четкими границами, центральная часть которых покрыта белесоватыми, легко отторгающимися чешуйками. На коже живота, в области послеоперационного рубца отмечается множество мелких аналогичных папулезных элементов.

1.О каком заболевании идет речь? – Артропатический псориаз.

2.С каким заболеванием необходимо дифференцировать имеющееся у пациента заболевание? – Ревматоидный артрит.

3.Какие дополнительные методы исследования подтвердят диагноз? – Иммунологическое исследование крови.

4.Определите стадию заболевания, указав характерные симптомы. – Прогрессирующая?

5.К каким специалистам надо направить пациента на консультацию? – Аллерголог, иммунолог, ревматолог.

Задача № 3

Больной 20 лет по поводу высыпаний розового цвета каплевидной и монетовидной формы, покрытых серебристо-белыми, легко отторгающимися чешуйками, локализующихся на коже туловища и конечностей в амбулаторных условиях получал лечение седативными, антигистаминными средствами, метотрексатом и 1 % салициловой мазью. В ходе лечения появились болезненные эрозии на слизистой полости рта. Анализ крови: тромбоциты – 145000, лейкоциты – 4200, СОЭ – 8мм/ч.

1.Ваш предварительный диагноз? – Вульгарный псориаз.

2.Что, по вашему мнению, послужило причиной развития эрозий на слизистой полости рта? – Передозировка цитостатиков (метотрексата).

3.Какова тактика врача? – Отмена метотрексата, назначение эпителизирующих ЛС (актовегин, солкосерил, etc.)

4.Внесите коррективы в лечение.

5.Существует ли возможность заражения данным заболеванием лиц, контактирующих с больным? – Нет.

Задача № 4

У больного 35 лет три недели назад по всему кожному покрову (особенно по ходу расчесов) стали появляться миллиарные папулы розового цвета, частично покрытые серебристо-белыми чешуйками, по поводу чего больному было назначено УФО. Через несколько дней от начала терапии состояние больного ухудшилось. Появилась слабость, недомогание, повысилась температура тела. Кожа туловища и конечностей отечна, ярко-красного цвета, на поверхности наблюдается обильное крупнопластинчатое шелушение, периферические лимфоузлы увеличены. Больного беспокоит сильный зуд. Биопсия очага поражения выявила: в эпидермисе - паракератоз, агранулез, акантоз, папилломатоз. В дерме - воспалительный инфильтрат из лимфоцитов и моноцитов.

1. Ваш предварительный диагноз. – Псориаз, псориатическая эритродермия.

2. Определите стадию заболевания, указав характерные симптомы. – Прогрессирующая?

3. Что, по вашему мнению, послужило причиной ухудшения состояния больного? – Раздражающее лечение.

4. Охарактеризуйте данное состояние.

5. Внесите коррективы в терапию. – Отменить УФО; назначить системные КС, цитостатики, дезинтоксикацию и десенсибилизацию, седативные и антигистаминные препараты.

Задача № 5

В течение 2 месяцев у больного на ногтевых пластинках существуют точечные, как на наперстке, вдавления, а также утолщение свободного края ногтевой пластинки с потерей естественного блеска, ломкостью. В области разгибательной поверхности коленных суставов имеются единичные узелки розово-красного цвета, округлые, 0,2 – 0,5 см в диаметре.

1. Ваш предварительный диагноз. – Псориаз.

2. Какой первичный элемент при этом заболевании? – Папула.

3. Какие дополнительные исследования надо провести для подтверждения диагноза? – Поскабливание, гистологическое исследование (агранулез, паракератоз, лимфоцитарная инфильтрация в дерме, etc.)

4. С чем необходимо дифференцировать поражение ногтевых пластинок? – C онихомикозами (культурально в т.ч.).

5. Какие мероприятия рекомендуете для профилактики рецидивов заболевания? – Курортотерапия, снижение действия стрессорных факторов.

Задача №6

У 12-летнего школьника 2 недели назад появились высыпания на коже в области разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов. На этих участках имеются папулы, местами сливающиеся, розово-красного цвета, покрытые серебристо-белыми чешуйками. При поскабливании папул вызываются симптомы «стеаринового пятна», «терминальной пленки», «точечного кровотечения».

1. Ваш диагноз. – Псориаз.

2. Объясните описанные симптомы, исходя из патоморфологии заболевания. Феномен «стеаринового пятна» объясняется паракератозом, феномен «терминальной пленки» - агранулезом и акантозом, феномен «точечного кровотечения» - папилломатозом.

3. Перечислите стадии заболевания и характерные для каждой стадии признаки. - Прогрессирующая, стационарная и регрессирующая стадии.

4. Назовите основные клинические формы заболевания. – Вульгарный, экссудативный, ладонно-подошвенный, себорейный; пустулезный, псориатическая эритродермия, артропатический псориаз.

5. Проведите дифференциальный диагноз. – С сифилисом, КПЛ, СКВ, розовым лишаем, экземой.

Задача № 7

К Вам обратился пациент с жалобами на высыпания, сопровождающиеся зудом. Появление высыпаний больной связывает с недавно перенесенным стрессом. Объективно: на коже сгибательной поверхности лучезапястных суставов, поясницы и боковых поверхностей туловища имеются мелкопапулезные элементы, полигональных очертаний, синюшно-красного цвета, в центре некоторых из них наблюдается вдавление. На коже разгибательной поверхности правой голени вокруг ссадины, полученной больным около 2 недель назад в результате падения, наблюдаются аналогичные, линейно расположенные высыпания.

1. Ваш предварительный диагноз. – Красный плоский лишай.

2. Укажите клиническую разновидность данного заболевания. – Типичная форма.

3. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Мономорфная сыпь, положительный симптом Кебнера, данные анамнеза...

4. Перечислите характерные патогистоморфологические особенности данного заболевания. – Гиперкератоз с паракератозом, неравномерный гранулез, акантоз.

5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать имеющееся у пациента заболевание? – С псориазом, II папулезным сифилидом.

Задача № 8

К Вам обратился пациент 65 лет, с жалобами на зудящие высыпания в области голеней. При осмотре на переднебоковых поверхностях голеней симметрично располагаются очаги неправильных очертаний с ноздреватой гиперкератотической поверхностью, по периферии которых наблюдаются единичные мелкие полигональные узелки фиолетово-красного цвета с восковидным блеском при боковом освещении.

1.Ваш предварительный диагноз. – Красный плоский лишай.

2.Укажите клиническую разновидность данного заболевания. – Гипертрофическая (бородавчатая) форма.

3. Какой первичный элемент при этом заболевании? – Папула.

4. Назначьте лечение. – АБ пенициллинового ряда, седативные и антигистаминные ЛС, десенсибилизирующая терапия, витаминотерапия (B1, B6, B12); КС в тяжелых случаях.

Наружно: фторированные КС мази (синафлан, триамцинолон, флутиказон).

5. Какие мероприятия рекомендуете для профилактики рецидива? – Избегание стрессов, санаторно-курортное лечение.

Задача № 9

У больного 32 лет на коже верхних конечностей наблюдаются мелкие (1-2 мм в диаметре) остроконечные папулезные элементы насыщенного синюшно-красного цвета, связанные с фолликулярным аппаратом, чередующиеся с полигональными плоскими папулами фиолетово-красного цвета с западением в центре и восковидным блеском при боковом освещении. В области волосистой части головы, подмышечных впадин и лобка отмечаются участки выпадения волос.

1.Ваш предварительный диагноз. – Красный плоский лишай, синдром Лассюэра-Литтля.

2.Укажите клиническую разновидность данного заболевания. – Остроконечная, перифолликулярная форма.

3. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Характерные элементы...

4. Какие методы исследования надо провести для подтверждения диагноза? – Гистологическое исследование (гиперкератоз с паракератозом, акантоз, неравномерный гранулез).

5. Какие мероприятия рекомендуете для профилактики рецидива? – Избегание стрессов, санаторно-курортное лечение.

Задача № 10

К врачу обратился больной 60 лет с жалобами на появление болезненных, даже при приеме мягкой пищи, эрозий на слизистой оболочке щек и десен. Считает себя больным около 6 месяцев, когда на фоне общего плохого самочувствия (слабость, вялость, сухость во рту, частые головные боли) появились 3 эрозии с белесоватым налетом на слизистой щек. Больной обратился к стоматологу, который поставил диагноз «эрозивно-язвенный стоматит» и назначил полоскания с настоем ромашки, но улучшения больной не отметил. Последние 5 лет у больного гипертоническая болезнь II ст. и сахарный диабет. В настоящее время на слизистой оболочке щек, деснах имеются эрозии неправильных очертаний размером от 0,2 х 0,3 см до 1,0 х 2,0 см, вокруг эрозий на гиперемированном и отечном фоне белесоватый кружевной рисунок; эрозии резко болезненные, покрытые фибринозным белесоватым налетом, который при поскабливании снимается и возникает кровоточивость.

1. Ваш предварительный диагноз. – КПЛ, болезнь Гриншпана-Потекаева.

2. Какой первичный элемент при этом заболевании? – Папула.

3. Какие исследования надо провести для его подтверждения? – Гистологическое исследование.

4. К каким специалистам надо направить пациента на консультацию? – К эндокринологу, кардиологу.

5. Назначьте лечение. – КС (20-40 мг/с), цитостатики, седативные ЛС, Витамины.

Наружно: фторированные КС.

Задача № 11

Женщина 26 лет обратилась к Вам с жалобами на гиперемию, шелушение красной каймы губ и высыпания на слизистой оболочке полости рта. Подобное состояние наблюдалось 2 года назад. При осмотре красная кайма губ застойно гиперемирована, покрыта сухими чешуйками, имеются ограниченные участки инфильтрации. На слизистой оболочке щек множество серовато-белых, размером с просяное зерно папул, образующих причудливый рисунок, напоминающий кружево.

1. Ваш предварительный диагноз. – Красный плоский лишай.

2. Какой первичный элемент при этом заболевании? – Папула.

3. Какие исследования надо провести для его подтверждения? – Гистологическое исследование.

4. С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? – С кандидозом, папулезным сифилидом, лейкоплакией.

5. В чем сходство и в чем отличие этих заболеваний? – При кандидозе выявляется Candida Albicans, при Сифилисе папулы более крупные, не образуют «кружев», в основании – плотный инфильтрат, выделяется Treponema pallidum.

 Задача № 12

Женщина 38 лет после приема тетрациклина по поводу простудного заболевания отметила появление на коже сгибательной поверхности предплечий зудящих розовато-фиолетовых, плоских, полигональных, блестящих папул величиной от булавочной головки до чечевицы. На поверхности некоторых из них наблюдаются сероватые чешуйки в виде мелких крупинок и линий. Изоморфная реакция положительная. Слизистые оболочки полости рта и половых органов свободны от высыпаний.

1. Ваш предварительный диагноз. – Красный плоский лишай, типичная форма.

2. Назовите возможные причины развития данного заболевания. – Нарушение функции иммунной системы на фоне простудного заболевания.

3. Какие исследования надо провести для его подтверждения? – Гистологическое исследование.

4. С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? – С псориазом, вторичным папулезным сифилидом.

5. В чем сходство и в чем отличие этих заболеваний? – Различаются формой папул, наличием инфильтрации в их основании, выделением возбудителя при Сифилисе, при Псориазе может быть положительной триада Ауспитца, etc.

Пузырные дерматозы

Задача № 1

У больной, страдающей вульгарной пузырчаткой и получающей длительное время поддерживающую дозу преднизолона (20мг), развился Кушингоид, сахарный диабет, гипертоническая болезнь.

Вопросы:

1. Какой первичный элемент при этом заболевании? – Внутриэпидермальные пузыри, образующиеся в результате акантолиза (процесс утраты связи между кератиноцитами шиповатого слоя вследствие повреждения их десмосомо-тонофиламентных контактов).

2. Какие симптомы характерны для этого заболевания? – С-м Никольского +, с-м «груши» Шеклакова м.б. +

3. Какие исследования надо провести для того, что бы установить диагноз?- цито-и гистологическое исследование, РИФ (при прямой IgG обнаруживаются в межклеточном пространстве шиповатого слоя).

4. К каким специалистам надо направить пациента для коррекции данного состояния? – К терапевту, эндокринологу.

Задача № 2

У больного вульгарной пузырчаткой, получавшего преднизолон по 30мг в сутки, развилась тахикардия, отечность голеней, гипертензия.

Вопросы:

1. К каким специалистам надо направить пациента? – К эндокринологу, к терапевту.

2. Какие лекарственные препараты надо назначить пациенту? – Снизить дозу КС и назначить цитостатики + гипотензивные ЛС + анаболики +противокандидозные ЛС.

3. Какие рекомендации надо дать больному? – Соблюдать белковую диету, употреблять не жесткую пищу. Применять эпителизирующие ЛС наружно (солкосерил, актовегин, масло облепихи).

Задача № 3

Больная 30 лет страдает часто рецидивирующей МЭЭ. В анамнезе частые ангины (инфекционно-аллергическая форма).

Вопросы:

1. Какие обследования надо провести? – ОАК, осмотр больного.

2. Назначьте лечение. – АБ, противовирусные препараты, витаминотерапия, иммунокоррекция.

3. Дайте рекомендации. – Закаливание, полноценное питание, санация очагов хронических заболеваний, санаторно-курортное лечение.

Задача № 4

Больной 53 лет обратился с жалобами на появление эрозий на слизистой оболочке мягкого неба и десен, болезненность при приеме пищи. На слизистой оболочке полости рта имеются эрозии ярко-красного цвета различной величины и формы.

Вопросы:

1.Ваш предварительный диагноз? – МЭЭ? Пузырчатка?

2.Какие исследования надо провести для установления диагноза? – Гистологическое исследование, цитологическое исследование, РИФ.

3.С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику? – Пузырчатка и МЭЭ.

4. В чем сходство и в чем различие между ними? С-м Никольского, акантолитические клетки Тцанке, АТ к межклеточной цементирующей субстанции.

Задача № 5

У женщины 70 лет на слизистой оболочке рта имеется два напряженных пузыря, с серозным содержимым. Симптом Никольского отрицательный, акантолитические клетки не найдены. При ИФ-исследовании обнаружено свечение в области базальной мембраны.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? – Буллезный пемфигоид.

2.С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику? – С пузырчаткой.

3.В чем сходство и в чем различие между ними? При пемфигоиде пузыри напряженные, склонны к самопроизвольной эпителизации, с-м Никольского отрицательный, нет акантолитических клеток, пузыри субэпидермальны, IgG в области БМ, возраст более характерен пожилой.

4. Лечение:КС 20-30 мг/сутки +цитостатики. Белковая диета, мягкая пища.

Наружно: зеленка, фукорцин, метиленовый синий; если присоединяется инфекция – кремы и мази с АБ и КС.

Для слизистых: полоскание противовоспалительными и дезинфицирующими растворами (фурацилин, хлоргексидин) + эпителизирующие средства (солкосерил, актовегин, масло облепихи).

Задача № 6

Больной 48 лет обратился с жалобами на появление эрозий на слизистой оболочке мягкого неба, болезненность при приеме пищи. Объективно: эрозии ярко-красного цвета на неизмененной слизистой оболочке полости рта, положительный симптом Никольского.

Вопросы:

1.Ваш предварительный диагноз? – Пузырчатка вульгарная.

2.Какие исследования надо провести для установления диагноза? – РИФ (обнаруживаем IgG к межклеточной цементирующей субстанции), гистологическое исследование, цитологическое (проба Тцанке на выявление акантолитических клеток).

3.С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику? – С пемфигоидом, МЭЭ, герпетиформным дерматитом Дюринга, пузырной токсидермией.

4. В чем сходство и в чем различие между ними? – с-м Никольского, локализация АТ, акантолитические клетки.

5.За счет какого процесса развивается симптом Никольского? – За счет акантолиза (процесс утраты связи между кератиноцитами шиповатого слоя вследствие повреждения их десмосомо-тонофиламентных контактов).

Задача № 7

У больной 58 лет на слизистой оболочке полости рта появились пузыри с плотной покрышкой, некоторые из них расположены на фоне гиперемии.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? – Буллезный пемфигоид.

2.С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику? – С пузырчаткой.

3.В чем сходство и в чем различие между ними? - При пемфигоиде пузыри напряженные, склонны к самопроизвольной эпителизации, с-м Никольского отрицательный, нет акантолитических клеток, пузыри субэпидермальны, IgG в области БМ.

4.Назначьте лечение? - КС 20-30 мг/сутки +цитостатики. Белковая диета, мягкая пища.

Наружно: зеленка, фукорцин, метиленовый синий; если присоединяется инфекция – кремы и мази с АБ и КС.

Для слизистых: полоскание противовоспалительными и дезинфицирующими растворами (фурацилин, хлоргексидин) + эпителизирующие средства (солкосерил, актовегин, масло облепихи).

Задача № 8

У больного 25 лет после приема «Бисептола» по поводу болей в горле появились эрозии на слизистой щек и губ, частично покрытые кровянистыми корками. В последующие два дня количество эрозий во рту увеличилось, появились пятнистые высыпания с синюшным оттенком в центре и гиперемическим венчиком по периферии на коже верхних и нижних конечностей.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? – МЭЭ, токсико-аллергическая форма.

2. Какие исследования надо провести для постановки диагноза? – Цито- и гистологическое.

3.С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику? – С пемфигоидом, пузырчаткой.

4. В чем сходство и в чем различие между ними? – Прием ЛС в фоне, с-м Никольского, наличие геморрагических корок, западение центральной части эрозии.

5. Назначьте лечение? – Отмена «Бисептола», дезинтоксикация (инфузионно, энтеросорбенты, слабительные ЛС и форсированный диурез), десенсибилизация, антигистаминные ЛС; при тяжелом течении – 30-40 мг КС.

Наружно: эрозии тушируем анилиновыми красителями, поверх – мази с КС (целестадерм, адвантан).

Задача № 9

Больная 42 лет жалуется на охриплость, которая возникла 2 месяца назад. Лечение у врача отоларинголога не дало улучшения. Два дня тому назад заметила эрозию в области дна полости рта.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? – Пузырчатка вульгарная?

2. Какой первичный элемент при этом заболевании? – Пузыри интраэпидермальные.

3. Какие исследования надо провести для установления диагноза? – РИФ (АТ к межклеточной цементирующей субстанции), цитологическое исследование (клетки Тцанке), гистологическое исследование (пузыри интраэпидермальные).

4. Назначьте лечение. –

КС (преднизолон, триамцинолон, дексаметазон) в ударных дозах (от 60-80 мг до 120-180 мг) + симптоматическая терапия (гипотензивные, анаболики, противокандидозные ЛС).

На слизистые: полоскание противовоспалительными и дезинфицирующими растворами (фурацилин, хлоргексидин, etc.) и эпителизирующие ЛС (солкосерил, актовегин, масло облепихи).

Задача № 10

Несколько недель назад у больной возникла охриплость голоса. При осмотре отоларингологом на голосовых связках и надгортаннике были обнаружены эрозии. Заподозрена вульгарная пузырчатка.

Вопросы:

1. Какой первичный элемент при этом заболевании? – Интраэпидермальные пузыри.

2. Какие исследования надо провести для установления диагноза? – Цито- (клетки Тцанке) и гистологическое (интраэпидермальные пузыри), РИФ (АТ к межклеточной цементирующей субстанции).

3. С какими заболеваниями надо дифференцировать данное заболевание, в чем сходство и в чем отличие? – С пефигоидом, МЭЭ, герпетиформным дерматитом Дюринга, пузырной токсидермией. Различаются по локализации пузырей, с-му Никольского, наличию акантолитических клеток, локализации АТ.

4. Назначьте лечение. – КС (преднизолон, триамцинолон) в ударных дозах от 60-80 до 120-180 мг/сутки. Дозу делим на три части, бОльшая часть – утром + симптоматическая терапия против побочных эффектов (гипотензивные ЛС, анаболики, противокандидозные ЛС). Если побочные эффекты развиваются, то ↓КС и назначают цитостатики.

Наружно: зеленка, фукорцин, метиленовый синий; если присоединяется инфекция – кремы и мази с АБ и КС.

Для слизистых – полоскание противовоспалительными и дезинфицирующими растворами (фурацилин, хлоргексидин), эпителизирующие ЛС (актовегин, солкосерил, масло облепихи).

Задача № 11

У женщины 55 лет после переохлаждения на слизистой оболочке полости рта возникла эритема и пузыри, которые быстро вскрываются с образованием болезненных эрозий. Рецидивы болезни возникают в течение 3-х лет. Лечение витаминами, препаратами кальция результатов не дает.

Вопросы:

1.Ваш предварительный диагноз? – Вульгарная пузырчатка.

2.Какой первичный элемент при этом заболевании? – Интраэпидермальные пузыри.

3.Какие исследования надо провести для установления диагноза? – Гистологические, цитологические, РИФ.

4.Назначьте лечение. – КС (преднизолон, триамцинолон) в ударных дозах от 60-80 до 120-180 мг/сутки. Дозу делим на три части, бОльшая часть – утром + симптоматическая терапия против побочных эффектов (гипотензивные ЛС, анаболики, противокандидозные ЛС). Если побочные эффекты развиваются, то ↓КС и назначают цитостатики.

Наружно: зеленка, фукорцин, метиленовый синий; если присоединяется инфекция – кремы и мази с АБ и КС.

Для слизистых – полоскание противовоспалительными и дезинфицирующими растворами (фурацилин, хлоргексидин), эпителизирующие ЛС (актовегин, солкосерил, масло облепихи).

Задача № 12

Женщина 57 лет в течение 3-х месяцев отмечает появление эрозий на слизистой оболочке полости рта. Лечилась у стоматологов, получала поливитамины, «Димедрол», полоскание различными дезинфицирующими средствами, но без эффекта. За последнюю неделю появилось много свежих высыпаний.

Вопросы:

1.Ваш предварительный диагноз? – Пузырчатка.

2.Какой первичный элемент при этом заболевании? – Интраэпидермальный пузырь.

3.Какие исследования надо провести для установления диагноза? – РИФ, гисто- и цитологическое.

4.Назначьте лечение. – КС (преднизолон, триамцинолон) в ударных дозах от 60-80 до 120-180 мг/сутки. Дозу делим на три части, бОльшая часть – утром + симптоматическая терапия против побочных эффектов (гипотензивные ЛС, анаболики, противокандидозные ЛС). Если побочные эффекты развиваются, то ↓КС и назначают цитостатики.

Наружно: зеленка, фукорцин, метиленовый синий; если присоединяется инфекция – кремы и мази с АБ и КС.

Для слизистых – полоскание противовоспалительными и дезинфицирующими растворами (фурацилин, хлоргексидин), эпителизирующие ЛС (актовегин, солкосерил, масло облепихи).

Задача № 13

У больной 70-ти лет появились разнокалиберные пузыри с прозрачным содержимым на коже спины, груди и рук. Кожа вокруг пузырей слегка отечная, гиперемирована. Пузыри вскрываются с образованием эрозий, которые заживают через 2-3 дня. Температура 38 ºС, беспокоит зуд кожи. Симптом Никольского отрицательный, анализ на акантолитические клетки отрицательный.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? – Буллезный пемфигоид.

2. С какими заболеваниями надо дифференцировать данное заболевание? – С пузырчаткой.

3. В чем сходство и отличие? – С-м Никольского, отсутствие акантолитических клеток, локализация пузырей и АТ, самостоятельная эпителизация эрозий.

4. Назначьте лечение. – КС 20/30 мг/сутки + цитостатики, если необходимо.

Наружно: зеленка, фукорцин, метиленовый синий; если присоединяется инфекция – кремы и мази с АБ и КС.

Для слизистых – полоскание противовоспалительными и дезинфицирующими растворами (фурацилин, хлоргексидин), эпителизирующие ЛС (актовегин, солкосерил, масло облепихи).

Задача № 14

У мужчины 25 лет осенью внезапно появилась температура до 38 ºС, боли в суставах. На следующий день на коже рук появились многочисленные, размером до 2-х копеечной монеты отечные эритематозные пятна с синюшным центром и уплощенные отечные папулы. На гиперемированной слизистой оболочке полости рта возникли пузыри и эрозии, затрудняющие прием пищи, повышена саливация. Общее состояние средней тяжести. Аналогичное поражение возникло у больного дважды – осенью и весной, и проходило в течение трех недель.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? – МЭЭ, инфекционно-аллергическая форма.

2. Первичный элемент при этом заболевании? – Макула или папула с четкими границами, с цианотичным центром и краями.

3. Что вы думаете об этиологии данного заболевания? - Идиопатическая форма вызывается инфекционными агентами (Mycoplasma pneumoniae, вирусами простого герпеса, Коксаки, ЕСНО, гриппа и паротита, гистоплазмами, Coccidioides immitis, тифозной, туберкулезной, дифтерийной палочками, Chlamydia trachomatis , гемолитическим стрептококком и др.), отличается сезонностью течения (обострения весной, осенью).

4. Назначьте лечение. – Десенсибилизация, антигистаминные ЛС; АБ или противовирусные ЛС, витаминотерапия, иммунокоррекция (иммунофан, тималин, Т-активин).

Наружно: эрозии тушируем анилиновыми красителями, поверх – мази с КС (целестадерм, адвантан).

Задача № 15

У больного 3 месяца назад появились болезненные эрозии на слизистой оболочке щек. Через месяц появилась осиплость голоса. Спустя еще месяц образовались эрозии и пузыри с вялой покрышкой на коже туловища. Слизистая оболочка и кожа вокруг эрозий не изменена. Симптом Никольского положителен. В мазках-отпечатках обнаружены акантолитические клетки.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? – Вульгарная пузырчатка.

2. Первичный элемент при этом заболевании? – Интраэпидермальные пузыри.

3. С какими заболеваниями надо дифференцировать данное заболевание? – С пемфигоидом, МЭЭ, герпетиформным дерматитом Дюринга, пузырной токсидермией.

4. Назначьте лечение. - КС (преднизолон, триамцинолон) в ударных дозах от 60-80 до 120-180 мг/сутки. Дозу делим на три части, бОльшая часть – утром + симптоматическая терапия против побочных эффектов (гипотензивные ЛС, анаболики, противокандидозные ЛС). Если побочные эффекты развиваются, то ↓КС и назначают цитостатики.

Наружно: зеленка, фукорцин, метиленовый синий; если присоединяется инфекция – кремы и мази с АБ и КС. Для слизистых – полоскание противовоспалительными и дезинфицирующими растворами (фурацилин, хлоргексидин), эпителизирующие ЛС (актовегин, солкосерил, масло облепихи).

Задача № 16

Больной жалуется на озноб, повышение температуры, головную боль, боли в горле, в мышцах и суставах. На коже тыла кистей имеются симметричные двухцветные розово-красные папулы с синюшным западением их центра. В анамнезе сезонность обострений (весна, осень).

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? – МЭЭ, инфекционно-аллергическая форма.

2. С какими заболеваниями надо дифференцировать данное заболевание? – с пузырчаткой, пемфигоидом.

3. Назначьте лечение. - Десенсибилизация, антигистаминные ЛС; АБ или противовирусные ЛС, витаминотерапия, иммунокоррекция (иммунофан, тималин, Т-активин).

Наружно: эрозии тушируем анилиновыми красителями, поверх – мази с КС (целестадерм, адвантан).

Коллагенозы

Задача № 1

Больная обратилась к врачу с жалобами на высыпания в области лица, которые появились 2 года назад после длительного пребывания на солнце. При осмотре: на коже спинки носа и щек имеются розово-красного цвета пятна с четкими границами, покрытые плотно сидящими чешуйками. В центре очагов отмечается атрофия, по периферии очагов - телеангиэктазии и гиперпигментация.

1.Ваш предварительный диагноз? – Красная волчанка.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – см. условие + с-м «дамского каблучка», с-м Бенье-Мещерского (болезненность при попытке удалить чешуйки в 1/3 случаев), с-м Хачатуряна (сальные роговые пробки на ушных раковинах и во внутреннем слуховом проходе).

3.Какой первичный элемент при данном заболевании? – Пятно красного цвета с четкими границами, округлой формы, склонное к медленному периферическому росту и слиянию в очаги.

4.Проведите дифференциальную диагностику? – С псориазом, себорейным дерматитом.

5.Назначьте лечение. – Противомалярийные препараты (делагил, плаквенил) по 0,25 г 2-3 р. в с. на 5-7 дней, витаминотерапия (B6, B12, A, E, никотиновая кислота). В тяжелых случаях – 15-40 мг КС.

Наружно: фторированные КС мази (целестадерм, флутиказон, синафлан); фотозащитные средства.

Задача № 2

К Вам обратилась больная 50 лет с жалобами на высыпания в области лица, ушных раковин, выпадение волос. При осмотре на коже щек, носа, ушных раковинах имеются единичные четко очерченные пятна, на поверхности которых имеются чешуйки. Симптом Бенье-Мещерского положительный. На коже волосистой части головы имеются очаги рубцовой атрофии.

1.Ваш предварительный диагноз? – Красная волчанка (дискоидная – глубокая форма)?

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – С-м Бенье-Мещерского +, пятна с атрофией.

3.Какой прогноз в отношении восстановления волос? -

4.Назначьте лечение. - Противомалярийные препараты (делагил, плаквенил) по 0,25 г 2-3 р. в с. на 5-7 дней, витаминотерапия (B6, B12, A, E, никотиновая кислота). В тяжелых случаях – 15-40 мг КС.

Наружно: фторированные КС мази (целестадерм, флутиказон, синафлан); фотозащитные средства.

5.Какие мероприятия рекомендуете для профилактики рецидивов заболевания? – Витаминотерапия, ограничение инсоляции.

Задача № 3

К Вам обратилась женщина 45 лет с жалобами на высыпания на слизистой оболочке полости рта. При осмотре: на щечной поверхности слизистой оболочки отмечается несколько резко ограниченных воспалительных, слегка инфильтрированных очагов с возвышающимися краями и запавшим вследствие атрофии центром. По периферии очагов определяется гиперкератоз в виде белых, тесно прилегающих друг к другу полос.

1.Ваш предварительный диагноз? – Красная волчанка, типичная форма на слизистой.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – эритема, атрофия в центре.

3.Какой первичный элемент при этом заболевании? – Пятно красного цвета с четкими границами.

4.Какие патоморфологические изменения наблюдаются в коже при этом заболевании? – Гиперкератоз, акантоз, вакуольная инфильтрация клеток базального слоя, инфильтративная эритема, атрофия.

5.С каким заболеванием необходимо провести дифференциальную диагностику? – С КПЛ, лейкоплакией.

Задача № 4

Больная в течение трех месяцев отмечает высыпания на слизистой рта и на красной кайме губ. При осмотре: красная кайма губ диффузно инфильтрирована, гиперемирована с участками эрозий, покрытых плотно сидящими чешуйками. На щечной поверхности слизистой рта несколько ограниченных очагов красного цвета, слегка инфильтрированных, с западением в центре и с участками гиперкератоза в виде тонких полос по периферии. Красная кайма губ в свете лампы Вуда дает снежно-голубоватое свечение.

1.Ваш предварительный диагноз? – Дискоидная красная волчанка, типичная форма.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Эритема, очаги гиперкератоза и атрофии.

3.Какой первичный элемент при этом заболевании? – Пятно красного цвета.

4.С каким заболеванием необходимо провести дифференциальную диагностику? – С КПЛ, лейкоплакией.

5.Назначьте лечение. - Противомалярийные препараты (делагил, плаквенил) по 0,25 г 2-3 р. в с. на 5-7 дней, витаминотерапия (B6, B12, A, E, никотиновая кислота). В тяжелых случаях – 15-40 мг КС.

Наружно: фторированные КС мази (целестадерм, флутиказон, синафлан); фотозащитные средства.

Задача № 5

У больной распространенные высыпания на коже лица, ушных раковинах, области декольте, конечностях. Очаги поражения представлены четко очерченными пятнами неправильной формы розовато-красного цвета с синюшным оттенком, покрытыми сухими мелкими плотно-сидящими чешуйками, в центре очагов - телеангиэктазии и участки рубцовой атрофии, по периферии - фолликулярный гиперкератоз. Определяются положительные симптомы Хачатуряна и «дамского каблука». В последний месяц больную беспокоит слабость и боли в суставах.

1.Ваш предварительный диагноз? – Красная волчанка.

2.Назовите клиническую форму данного заболевания? – Дискоидная или диссеминированная?

3.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Симптомы Хачатуряна и «дамского каблучка», наличие телеангиэктазий, гиперкератоз, etc.

4.Какие дополнительные исследования следует провести пациенту? – Осмотр в лучах лампы Вуда, гистологическое исследование (акантоз, гиперкератоз, вакуольная дегенрация клеток базального слоя, etc.), РИФ: отложения IgG и М на БМ в области очагов поражения.

5.Ваш прогноз? – Прогноз неблагоприятный, без адекватного лечения болезнь может перейти в (диссеминированную и затем) системную форму.

Задача № 6

В приемное отделение доставлен мужчина 23 лет с жалобами на внезапное повышение температуры до 39 °С, нарастающую слабость, боли в мышцах и суставах. При осмотре: состояние тяжелое, на коже распространенные множественные эритематозные пятна на лице и туловище, покрытые мелкими чешуйками. Клинический анализ крови: гипохромная анемия, лейкопения со сдвигом формулы влево до промиелоцитов, тромбоцитопения, ускорение СОЭ. Обнаружено более 5 LE-клеток на 1000 лейкоцитов. Биохимический анализ крови: диспротеинемия, повышение С-реактивного белка. Клинический анализ мочи: протеинурия, цилиндрурия. Иммунологический анализ крови: антитела к ДНК, антинуклеарный фактор.

1.Ваш предварительный диагноз? – Красная волчанка.

2.Назовите клиническую форму данного заболевания? – Системная форма.

3.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – См. условие задачи.

4.Назначьте лечение. – КС (в зависимости от степени активности процесса) 15-20 мг/сутки или до 120 мг/сутки; + противомалярийные препараты (делагил, плаквенил), витаминотерапия, препараты никотиновой кислоты (теоникол, никотинамид).

5.Ваш прогноз. – Прогноз неблагоприятный, без адекватного лечения течение системной формы КВ может привести к развитию СПОН.

Задача № 7

На прием к врачу обратилась женщина 40 лет с жалобами на уплотнения кожи живота, которое появилось месяц назад на месте травмы. При осмотре на коже живота определяется очаг овальной формы около 6 см в диаметре с восковидной блестящей поверхностью, по периферии очага отмечается сиреневый венчик.

При пальпации очаг плотноватой консистенции, кожа в складку не собирается. Субъективные ощущения отсутствуют.

1.Ваш предварительный диагноз? – Бляшечная склеродермия.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Венчик на периферии, плотная консистенция, травма в анамнезе.

3.Предположите стадию и активность заболевания? – Стадия уплотнения (индурации), активность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

4.Какой первичный элемент при этом заболевании? – Пятно?

5.Назначьте лечение.

Системно: Препараты пенициллина (блокируют синтез соединительной ткани): 300-500 тысяч МЕ 3 р. в с. в/м, 15-40 млн. МЕ на курс; системные КС 5-40 мг/сутки; в стадию уплотнения – препараты гиалуронидазы по 32-60 МЕ/сутки или через день в/м, N. 15-20. Витаминотерапия (все); сосудистые препараты (никотиновая кислота, теоникол - спазмолитик); эпителизирующие ЛС (солкосерил, актовегин в/м 2-5 ml на 2 недели); миогенные стимуляторы (экстракт алоэ, стекловидное тело).

Наружно: электрофорез с лидазой; р-р димексида (противовоспалительное и анальгезирующее действие); гепариновая мазь, троксевазин; эпителизирующие ЛС; КС мази; массаж; ПУВА-терапия.

Задача № 8

У мальчика 8 лет после длительного обморожения нижних конечностей появилось эритематозное пятно. В течение последнего месяца отмечаются участки уплотнения. При осмотре: на коже голени имеется очаг поражения размером 2х7 см, полосовидной формы, четких очертаний, цвета слоновой кости. Кожа в очаге плотная, неподвижная, холодная на ощупь, чувствительность снижена, кожный рисунок сглажен. Отмечается гипотрофия нижней трети голени.

1.Ваш предварительный диагноз? – Склеродермия.

2.Укажите клиническую форму данного заболевания? – Бляшечная.

3.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – см. условие.

4.Назовите возможные причины развития данного заболевания? – Прослеживается связь с травмой (обморожением), развивается иммуно-патологическая реакция, где молодой коллаген играет роль аутоАГ.

5.Ваш прогноз? – На данной стадии (уплотнения) процесс ещё обратим.

Задача № 9

У женщины 34 лет около 2 лет после сильного переохлаждения на коже живота и спины появились очаги уплотнения цвета слоновой кости с гладкой и блестящей поверхностью. К врачу не обращалась. Лечение наружными кортикостероидными средствами оказалось неэффективным. Высыпания медленно прогрессировали. Постепенно развился плотный отек кожи лица. Лицо приобрело маскообразный вид: кожа натянута, мимические складки сгладились, нос заострен, ротовое отверстие сужено, вокруг губ образовались кисетообразные складки. Больной трудно говорить и глотать. В последнее время появились боли в суставах, в области кистей и стоп, беспокоит чувство онемения и ползание мурашек.

1.Ваш предварительный диагноз? – Системная склеродермия, акросклеротическая форма.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – см. условие задачи.

3.Назовите наиболее благоприятное течение данного заболевания? – Наиболее благоприятен прогноз при ограниченных формах заболевания.

4.Какие лабораторные исследования следует провести пациенту? – Гистологическое исследование, обнаружение антинуклеарных и антицентромерных АТ, нуклеолярный тип свечения при РИФ.

5.Ваш прогноз. – Прогноз неблагоприятный.

Задача № 10

У женщины 40 лет на плечах, верхней части груди появились мелкие, округлые, резко очерченные, гладкие атрофические блестящие пятна фарфорово-белого цвета, плотноватой консистенции. Центральная часть очагов несколько западает, по периферии имеется гиперемированный ободок.

1.Ваш предварительный диагноз? – Склеродермия, болезнь «белых пятен».

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – см. условие задачи.

3.Укажите клиническую форму данного заболевания? – Ограниченная склеродермия, болезнь «белых пятен».

4.Какой первичный элемент при этом заболевании? – Пятна молочно-белого цвета с тонким венчиком по периферии.

5.Назначьте лечение. –

Системно: препараты пенициллина 300-500 тыс. МЕ 3 р. в с. в/м, 15-40 млн. МЕ на курс; системные КС 5-40 мг/сутки. В стадию уплотнения – препараты гиалуронидазы по 32-60 МЕ/сутки или через день в/м, N. 15-20. Витаминотерапия; Никотиновая кислота, теоникол (спазмолитик); эпителизирующие ЛС (солкосерил, актовегин в/м 2-5 мл на 2 недели). Миогенные стимуляторы (экстракт алоэ, стекловидное тело).

Наружно: электрофорез с лидазой; р-р димексида (противовоспалительное и анальгетическое действие); гепариновая мазь и троксевазин; эпителизирующие ЛС; КС мази; массаж; ПУВА-терапия.

Зудящие дерматозы

Задача №1

У мальчика 12 лет выраженная лихенизация локтевых и подколенных складок, имеются множественные экскориации и геморрагические корочки. Кожа лица бледная, отмечается периорбитальная гиперпигментация, складки Денни-Моргана, красная кайма губ инфильтрирована, в углах рта трещины. Мать ребенка страдает бронхиальной астмой.

1.Ваш предварительный диагноз? – Атопический дерматит, подростковая стадия.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Лихенизация в типичных местах, признаки «атопического лица» + отягощенный анамнез.

3.Ваше мнение о патогенезе заболевания? – Неадекватная аллергическая реакция на раздражители в минимальных количествах, опосредованная IgE.

4.Назначьте лечение.

- Ограничение контакта с аллергенами;

- Коррекция фоновых нарушений: восполнение ферментной функции ЖКТ (Мезим, Энзистал, Креон), лечение дисбактериоза (Хилак форте, Линекс), глистных инвазий (Декарис), энтеросорбция (Энтеросгель, Лактофильтрум).

В стадию обострения: антигистаминные, десенсибилизирующие, седативные ЛС; стабилизаторы мембран (Недокромил, Кетотифен); иммунокоррекция (Лейкинферон, Иммунофан). КС по ½ таблетки Преднизолона в сутки по 2 недели.

Наружно: непораженная кожа обрабатывается гипоаллергенными увлажняющими средствами (молочко Дардиа, бальзам Липикар, крем Локобейз). Пораженная кожа в стадии мокнутия – примочки с борной кислотой, танином. На участки без мокнутия можно (в т.ч. детям) Элаком, Адвантан, Афлодерм.

В стадии ремиссии: УФО, лазеротерапия, иглорефлексотерапия, парафинотерапия, ПУВА –терапия (с 15-16 лет).

5.Дайте рекомендации с целью профилактики рецидивов заболевания. Ограничение контакта с аллергенами, санация очагов инфекции, санаторно-курортное лечение. Влажная уборка помещений, ношение х/б одежды, использование синтепоновых подушек, ватно-марлевых повязок, влажной марли на окнах.

Задача № 2

К дерматологу обратилась мать с 3-х летним ребенком с жалобами на высыпания и зуд кожи, которые появились после употребления рыбы. Из анамнеза известно, что заболевание началось с 4-х месячного возраста, когда после введения прикорма появились мокнущие очаги на щеках. Обострение заболевания связано, в основном с погрешностью в питании ребенка (шоколад, цитрусовые). Наследственность отягощена - родители страдают поллинозом. При осмотре кожа шеи, локтевых и подколенных сгибов сухая, лихенизирована, с множественными линейными экскориациями и геморрагическими корочками.

1.Ваш предварительный диагноз? – Атопический дерматит.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Эволютивная динамика, лихенизация в типичных местах.

3.Ваше мнение о патогенезе заболевания? − Неадекватная аллергическая реакция на раздражители в минимальных количествах, опосредованная IgE.

4.Назначьте лечение. - Ограничение контакта с аллергенами;

- Коррекция фоновых нарушений: восполнение ферментной функции ЖКТ (Мезим, Энзистал, Креон), лечение дисбактериоза (Хилак форте, Линекс), глистных инвазий (Декарис), энтеросорбция (Энтеросгель, Лактофильтрум).

В стадию обострения: антигистаминные, десенсибилизирующие, седативные ЛС; стабилизаторы мембран (Недокромил, Кетотифен); иммунокоррекция (Лейкинферон, Иммунофан). КС по ½ таблетки Преднизолона в сутки по 2 недели.

Наружно: непораженная кожа обрабатывается гипоаллергенными увлажняющими средствами (молочко Дардиа, бальзам Липикар, крем Локобейз). Пораженная кожа в стадии мокнутия – примочки с борной кислотой, танином. На участки без мокнутия можно Элаком, Адвантан, Афлодерм.

В стадии ремиссии: УФО, лазеротерапия, иглорефлексотерапия, парафинотерапия, ПУВА-терапия с 15-16 лет.

5.Рекомендуемая Вами диета? – Гипоаллергенная.

Задача № 3

У мужчины 47 лет на фоне приема поливитаминов развился плотный отек век, языка и губ, появилась осиплость голоса. Субъективно беспокоит чувство жжения и распирания. После приема кларитина состояние не улучшилось.

1.Ваш предварительный диагноз? – Отек Квинке (острая крапивница).

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? Отек в типичной локализации, характерные субъективные ощущения.

3.Ваша тактика лечения?

– 1 мл 0,1 % Адреналина п/к

− 60 мг Преднизолона в/м однократно

− 2,0 Супрастина в/м

4.Дайте рекомендации с целью профилактики рецидивов заболевания? Избегать приема поливитаминов и подобных веществ.

5.Ваше мнение о патогенезе заболевания? – Неадекватной силы реакция организма на раздражитель, реакция гиперчувствительности немедленного типа.

Задача № 4

У больной 28 лет в процедурном кабинете во время парентерального введения пенициллина возникло ощущение инородного тела в горле, нехватки воздуха, появилась слабость, осиплость голоса, отечность век, щек, губ и языка.

1.Ваш предварительный диагноз. – Отек Квинке (острая крапивница).

2.Какой первичный элемент при данном заболевании? Отсутствует?

3.Какие патоморфологические изменения наблюдаются при этом заболевании? – Ограниченный отек сосочкового слоя дермы, небольшая лимфоцитарная инфильтрация, внутри сосудов и в окружающей ткани – эозинофилы, спонгиоз в эпидермисе.

4.Ваша тактика лечения?

- 1 мл 0,1% р-ра Адреналина п/к

- 60 мг Преднизолона в/м однократно

- 2,0 Супрастина в/м

5.В чем опасность развития данного состояния? - Отек Квинке опасен развитием асфиксии.

Задача № 5

К Вам обратилась женщина 67 лет с жалобами на сильный зуд, слабость, усиленное потоотделение, похудание, повышение температуры тела. Болеет в течение 6 месяцев. При осмотре: обнаружено увеличение шейных и надключичных лимфоузлов, на коже туловища множественные экскориации и геморрагические корки, других высыпаний нет.

В общем анализе крови: лейкоцитоз, лимфопения, повышение СОЭ.

1.Ваш предварительный диагноз? – Распространенный кожный зуд.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Экскориации, корки в местах расчесов.

3.Какие дополнительные исследования необходимо провести пациенту? – БАК, ОАМ (выявление почечной патологии), УЗИ, Rg CT (выявление онкозаболеваний).

4.К каким специалистам следует направить пациента? – К онкологу, эндокринологу, гематологу.

5.Тактика лечения? – Седативные ЛС (мягкие растительные: настойки боярышника, пиона, экстракт валерианы; магнезия); антигистаминные и десенсибилизирующие ЛС, дезинтоксикация.

Наружно: кремы, болтушки, мази с добавлением противозудных веществ (карболовая и лимонная кислота, анестезин, спиртовой раствор тимола 1-2%).

Задача № 6

К Вам обратился мужчина 62 лет с жалобами на слабость, сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, зуд кожи туловища. При осмотре кожа сухая, пониженной эластичности, высыпаний нет, ногтевые пластинки полированные. В биохимическом анализе крови: глюкоза - 10,6 ммоль/л.

1.Ваш предварительный диагноз? – Сахарный диабет. Распространенный кожный зуд.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – «Полированные» ногти, ↑ Глюкозы крови.

3.Ваше мнение о патогенезе данного заболевания? - Зуд может возникать в результате развивающейся из-за СД полинейропатии.

4.К каким специалистам необходимо направить пациента? – К эндокринологу.

5.Тактика лечения и рекомендуемая Вами диета? – Гипоуглеводная диета (для больных СД); седативные ЛС, антигистаминные и десенсибилизирующие ЛС, дезинтоксикация.

Наружно: кремы, болтушки, мази с противозудными веществами (карболовая и лимонная кислота, анестезин, спиртовой раствор тимола 1-2%).

Задача № 7

У ребенка 2-х лет после употребления ананаса внезапно появляются зудящие волдыри, исчезающие через несколько часов.

1.Ваш предварительный диагноз? – Крапивница.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Характерные проявления (волдыри).

3.Назовите клиническую форму данного заболевания? – Острая?

4.Ваше мнение о патогенезе заболевания? – Гиперергическая реакция на раздражители (пищевые в данном случае), в основе – ГЗТ.

5.Назначьте лечение.

- Устранение контакта с аллергеном, десенсибилизация (глюконат и хлорид Ca, тиосульфат Na), антигистаминные ЛС (димедрол, тавегил, супрастин; зиртек, эриус, кларитин), дезинтоксикация (в т.ч. экстракорпоральная гемоперфузия).

Задача № 8

Женщина 46 лет в течение 3-х месяцев отмечает появление зудящих волдырей, исчезающих бесследно в течение 2-3 часов, слабость, снижение аппетита, похудание.

1.Ваш предварительный диагноз? – Крапивница.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Характерные проявления.

3.Назовите клиническую форму данного заболевания? – Хроничская.

4.Какие дополнительные исследования следует провести пациенту? – ОАК (↑эозинофилов, ↑ IgE), проба для выявления красного уртикарного дермографизма; аллергопробы in vitro.

5.К каким специалистам необходимо направить пациента? – Эндокринолог?

Задача № 9

У грудного ребенка при переходе на искусственное вскармливание появились зудящие высыпания. При осмотре: на коже щек, ягодиц и голеней наблюдаются симметричные высыпания, отмечается яркая гиперемия без четких границ, отечность, на фоне которых множество папул, везикул, эрозий, корочек, экскориаций. Ребенок плохо спит.

1.Ваш предварительный диагноз? – Атопический дерматит, младенческая стадия.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Типичные проявления (эритема в типичных местах, везикулы, экскориации, etc.).

3.Ваше мнение о патогенезе заболевания? – Неадекватная аллергическая реакция на раздражители, опосредованная IgE.

4.Назначьте лечение.

- Коррекция фоновых нарушений: восполнение ферментной функции ЖКТ (Мезим, Энзистал, Креон); лечение дисбактериоза (Хилак форте, Линекс); лечение глистных инвазий (Декарис); энтеросорбция (Энтеросгель, Лактофильтрум).

- В стадию обострения: антигистаминные и десенсибилизирующие ЛС, седативные ЛС, стабилизаторы мембран (Недокромил, Кетотифен); иммунокоррекция (Лейкинферон, Иммунофан, Т-активин); КС по ½ таблетки Преднизолона по 2 недели.

Наружно: непораженная кожа обрабатывается гипоаллергенными увлажняющими ЛС (бальзам Липикар, крем Локобейз, молочко Дардиа). Пораженная кожа в стадии мокнутия – примочки с борной кислотой, танином. На участки без мокнутия – КС (Элаком, Адвантан, Афлодерм).

В стадию ремиссии: УФО, лазеро- и иглорефлексотерапия, парафинотерапия.

5.Дайте рекомендации с целью профилактики рецидивов заболевания. – Ограничение контакта с аллергеном, санаторно-курортное лечение. Гипоаллергенная диета в будущем для ребенка. Влажная уборка помещений, х/б одежда, использование синтепоновых подушек.

Задача № 10

К Вам обратился мужчина с жалобами на приступообразное появление в течение 4-х месяцев зудящих высыпаний, слабость, прогрессирующее похудание. При осмотре: на коже туловища наблюдаются уртикарные высыпания розово-красного цвета, местами они сливаются между собой, образуя причудливые узоры. Высыпания исчезают бесследно.

1.Ваш предварительный диагноз? – Крапивница.

2.Первичный элемент при данном заболевании? – Волдырь.

3.Какие патоморфологические изменения наблюдаются в коже при этом заболевании? – Ограниченный отек сосочкового слоя дермы, небольшая лимфоцитарная инфильтрация, внутри сосудов и в окружающей ткани – эозинофилы, спонгиоз в эпидермисе.

4.Тактика обследования? – ОАК, проба на выявление красного дермографизма, аллергопробы in vitro.

5.Назначьте лечение. – Устранить контакт с аллергеном; десенсибилизация, антигистаминные ЛС и дезинтоксикация + лечение фоновых заболеваний + КС в средних дозах.

Наружно: если беспокоит зуд, то используются болтушки и кремы с ментолом, анестезином, фенолом.

**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.

**Дерматомикозы**

**Задача 1.**

В приемное отделение дерматовенерологии поступила больная 43 лет с жалобами на повышение температуры, длительно не проходящую боль в горле, озноб, тошноту, лёгкое головокружение, высыпания на коже. Объективно: зев гиперемирован (?), обе миндалины ярко-красного цвета, увеличены, умеренно болезненны. На разгибательной поверхности предплечий и передней поверхности голени отмечаются высыпания небольших размеров, розовые, слегка возвышающиеся над уровнем кожи пятна и папулы размером от 10 до 20 мм, сопровождающиеся ощущением зуда и жжения. Высыпания строго симметричны.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз. Многоформная экссудативная эритема на фоне ангины
2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза.
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента.
4. Назначьте лечение.
5. Какие мероприятия рекомендуете для профилактики рецидива заболевания

**Задача 2.**

У ребёнка 9 лет на коже волосистой части головы мать обнаружила 2 очага обломанных волос, длина которых 6-8 мм. Очаги округлых очертаний, кожа незначительно гиперемирована, имеется шелушение, корочки по периферии очага. Субъективные ощущения отсутствуют.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? Микроспория (вызванная Microsporum Canis).

2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Выпадение волос очагами округлой формы, шелушение и корочки.

3. Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? – Микроскопия, исследование в лучах лампы Вуда (изумрудно-зеленое свечение).

4. Назначьте лечение? – Гризеофульвин до 3- анализов на грибы. Местно: йодная настойка, салициловая и серно-салициловая кислоты. Волосы в очаге поражения необходимо сбривать. + Кремы Ламизил, Низорал.

5. Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания). – Осмотры детей, дезинфекция в очагах, контроль животных-переносчиков, карантины в учреждениях на 21 нед.?

**Задача 3.**

Больной 27 лет обратился с жалобами на высыпания на стопах. При осмотре: кожа 4 и 3 межпальцевых промежутков мацерирована, имеется незначительная эритема, в центре – трещины с отслоением эпителия вокруг. Беспокоит сильный зуд.

Вопросы:

1.Ваш предварительный диагноз? - Эпидермофития стоп, Интертригинозная форма (Возбудитель – Trichophyton Mentagrophytes).

2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза?

3. Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? – Микроскопия, культуральное исследование.

4. Назначьте лечение? *I Подготовительный этап*: устранение мокнутия, чешуек. *II Основной этап*: антимикотические препараты до 30 недель приема.

*Местно:* хирургическое удаление ногтей, наложение кератолитических пластырей, лаки (при поражении ногтей) Лоцерил, Батрафен до 6 месяцев.

5. Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания)? – Соблюдение правил личной гигиены, обработка бань, саун, бассейнов.

**Задача 4.**

Ребёнок 7-и лет консультирован по поводу большого количества очагов облысения на волосистой части головы. Мать заметила их 3 месяца назад, но поскольку они не беспокоили ребёнка, к врачу обратилась только после появления новых участков облысения. Объективно: на волосистой части головы много мелких округлых очагов, покрытых серовато-белыми отрубевидными чешуйками, воспалительные явления в виде лёгкой эритемы выражены слабо. Волосы обломаны на высоте 5-7 мм от уровня кожи, в очагах имеются и неизменённые волосы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз. Микроспория, вызванная Microsporum Canis.

2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – См. условие.

3. Какие исследования надо произвести для его подтверждения? - Лампа Вуда – изумрудно-зеленое свечение волос, микроскопия и культуральное исследование.

4. Назначьте лечение: гризеофульвин и наружные фунгицидные средства. Местно: йодная настойка, салициловая к-та, серно-салициловая мазь. + Ламизил, Низорал кремы.

5. Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания): Осмотры детей, дезинфекция в очагах, контроль животных-переносчиков, карантины в учреждениях на 21 нед.?

**Задача 5.**

К дерматологу обратился молодой специалист с жалобами на высыпания на коже верхней части туловища. Болен около года. Из анамнеза известно, что после пребывания на солнце на месте высыпаний остаются участки депигментации. При осмотре: на коже шеи, плеч и груди имеются розовато-коричневые пятна с лёгким отрубевидным шелушением, без воспалительных явлений. Субъективные ощущения отсутствуют. Вопросы:

1. Ваш диагноз? - Отрубевидный лишай.

2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – См. условие.

3. С каким заболеванием следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? – С витилиго (наличие депигментации, отсутствие шелушения), с поствоспалительной гипопигментацией (не светится, не шелушится), с монетовидной экземой, с каплевидным псориазом (микроскопически), с сифилитической лейкодермой (локализация, RW).

4. Какие исследования надо произвести для его подтверждения? – Проба Бальцера (обработка 5% раствором I), осмотр очагов поражения в свете лампы Вуда (желтое/коричневое свечение), микроскопия («макароны по-флотски»), с-м Бенье (муковидное шелушение при поскабливании).

5. Назначьте лечение? *При ограниченном поражении*: 5% салициловая к-та, 5% серно-салициловая мазь; Низорал, Ламизил, Клотримазол 2 р. в с. 2 недели. *При распространенной форме*: Ламизил, Орунгал, Низорал per os.

*Профилактика:* Кетоконазол 2% шампунь, ополаскивание подкисленным растворами, дезинфекция постельного и нательного белья.

**Задача 6.**

На приём к врачу пришла молодая женщина с ребёнком 1,5 лет с жалобами на высыпания в полости рта у ребёнка. У ребёнка в анамнезе дисбактериоз, дискинезия желчных путей. При осмотре слизистая оболочка полости рта (СОПР) гиперемирована, слегка отёчна, и на этом фоне имеется серовато-белый налет, легко снимающийся при поскабливании. Ребёнок плохо ест и спит. Вопросы:

1. Ваш диагноз? - Кандидоз углов рта (заеда).

2. Какие исследования надо произвести для его подтверждения? – Микроскопическое исследование (псевдомицелий, бластоспоры), ПЦР, серологические исследования.

3. Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? – См. выше.

4. К каким специалистам надо направить пациента на консультацию? - Гинеколог? Эндокринолог.

5. Назначьте лечение? – Противогрибковые ЛС (Кетоконазол, Флуконазол). Местно: Нистатин, Клотримазол, Миконазол в различных ЛФ. + Щелочные средства (2-4% раствор буры, 2% раствор борной кислоты, тетраборат Na в глицерине 20%) + анилиновые красители + Диета с ограничением углеводов.

**Задача 6.**

У девочки 12 лет на коже предплечья имеется очаг кольцевидной формы 2х3 см. Очаг резко отграничен валиком гиперемии, на фоне которой можно различить очень мелкие узелки, корочки, в центре очага – отрубевидное шелушение. На других участках кожного покрова высыпаний не обнаружено. Вопросы:

1.Ваш предварительный диагноз? - Микроспория гладкой кожи?

2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – См. условие.

3. Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? – Микроскопия, культуральное исследование.

4. Назначьте лечение? - Гризеофульвин и наружные фунгицидные средства. Местно: йодная настойка, салициловая к-та, серно-салициловая мазь. + Ламизил, Низорал кремы.

5. Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания): Осмотры детей, дезинфекция в очагах, контроль животных-переносчиков, карантины в учреждениях на 21 нед.?

**Задача 7.**

Мужчина 27 лет обратился с жалобами на зуд и жжение паховой области. При осмотре на коже паховых складок – эритема красно-коричневого цвета с шелушением, очаги отграничены слегка приподнятым валиком из мелких корочек, чешуек.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? - Паховая эпидермофития?

2. Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? – Микроскопическое исследование.

3. Ваше мнение об этиологии заболевания? – Возбудитель – Epidermophyton flocossum.

4. Назначьте лечение? – В остром периоде – примочки с нитратом серебра, резорцином, внутрь – антигистаминные ЛС. После купирования острого периода – 2% йодная настойка, 3-5% серно-дегтярная мазь. При выраженном воспалении – Микозолон, Триадерм.

5. Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания): соблюдение правил личной гигиены, обработка бань, бассейнов, саун, etc.

**Задача 8.**

Мужчина 34 лет обратился с жалобами на высыпания на стопах, зуд, боль при ходьбе. При осмотре: кожа подошвенной поверхности стопы отёчна, гиперемирована, видны участки мацерации, крупнопластинчатое шелушение (отслоение) эпидермиса, на своде стоп – пузыри с толстой покрышкой и мутным содержимым, единичные эрозии.

Вопросы:

1.Ваш диагноз? - Дисгидротическая эпидермофития стоп.

2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – См. условие.

3. Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? Микроскопическое, серологическое исследования.

4. Назначьте лечение? - *I Подготовительный этап*: устранение мокнутия, чешуек. *II Основной этап*: антимикотические препараты до 30 недель приема.

*Местно:* хирургическое удаление ногтей, наложение кератолитических пластырей, лаки Лоцерил, Батрафен до 6 месяцев.

5. Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания)? – Соблюдение правил личной гигиены.

**Задача 9.**

Больной 38 лет обратился к дерматологу с жалобами на изменение кожи стоп. При осмотре: на коже стоп отёк, эритема, крупнопластинчатое шелушение, пузырьки с толстой покрышкой на своде стоп, напоминающие зёрна саго. Процесс переходит на кожу боковых поверхностей стопы.

Вопросы:

1.Ваш предварительный диагноз? - Дисгидротическая эпидермофития? Рубромикоз?

2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – См. условие.

3. Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? Микроскопия (в чешуйках – нити мицелия).

4. Назначьте лечение? - *I Подготовительный этап*: устранение мокнутия, чешуек. *II Основной этап*: антимикотические препараты до 30 недель приема.

*Местно:* хирургическое удаление ногтей, наложение кератолитических пластырей, лаки Лоцерил, Батрафен до 6 месяцев.

5. Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания)? – Соблюдение правил личной гигиены.

**Задача 10.**

Больной по поводу пневмонии длительное время получал антибиотики. Последние дни больной отмечает появление чувства жжения слизистой оболочки полости рта. При осмотре: на слизистой оболочке щёк и языка имеется слабая гиперемия и белый, легко снимающийся налёт.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? – Кандидоз полости рта.

2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – См. условие.

3. Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? – Микроскопическое исследование.

4. С каким заболеванием следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? – КПЛ?

5. Назначьте лечение? – Противогрибковые ЛС (кетоконазол, флуконазол) + Местно Нистатин, Клотримазол, Миконазол в различных ЛФ + Щелочные средства (2-4% раствор буры, 2% раствор борной кислоты, тетраборат Na в глицерине 20%) + анилиновые красители + диета с ограничением углеводов.

**Задача 11.**

У девочки 7 лет на коже щёк и височных областей с переходом на волосистую часть головы имеется бледно-розовые с лёгким шелушением пятна с чёткими границами. Волосы в пределах пятна обломаны на высоте 4-5 мм.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? – Микроспория, вызванная Microsporum Canis.

2. Какие исследования надо произвести для его подтверждения? – Микроскопическое, культуральное.

3. С каким заболеванием следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? – Алопеция (сифилитическая, эндокринная).

4. Назначьте лечение? Гризеофульвин и наружные фунгицидные средства.

*Местно:* йодная настойка, салициловая к-та, серно-салициловая мазь. + Ламизил, Низорал кремы.

5. Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания)? - Осмотры детей, дезинфекция в очагах, контроль животных-переносчиков, карантины в учреждениях на 21 нед.?

**Задача 12.**

К врачу стоматологу на приём пришла пациентка 71 года с жалобами на длительно незаживающие трещины в углах рта, лечилась местно без эффекта. При осмотре: на воспалённой, мацерированной коже углов рта, прикрытой белым, легко снимающимся налётом, имеются ярко-красные гладкие эрозии. Из анамнеза известно, что пациентка страдает сахарным диабетом, а также у неё выраженная вторичная адентия.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? - Кандидоз углов рта (заеда кандидозная).

2. Какие исследования надо произвести для его подтверждения? – Микроскопическое исследование.

3. Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз ?

4. С каким заболеванием следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? – Сифилитическая заеда, импетиго.

5. Назначьте лечение? –

Противогрибковые ЛС (кетоконазол, флуконазол)

+ Местно Нистатин, Клотримазол, Миконазол в различных ЛФ

+ Щелочные средства (2-4% раствор буры, 2% раствор борной кислоты, тетраборат Na в глицерине 20%)

+ анилиновые красители

+ диета с ограничением углеводов.

**Задача 13.**

У мужчины 67-и лет на спинке языка имеется белый налёт в виде мелких точек. Налёт легко снимается при поскабливании шпателем и обнажается гладкая, отёчная, гиперемированная поверхность языка. У пациента повышена глюкоза в крови.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? – Кандидоз?

2. Какие исследования надо произвести для его подтверждения? – Микроскопическое.

3. Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз ?

4. С каким заболеванием следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? – КПЛ.

5. Назначьте лечение?

Противогрибковые ЛС (кетоконазол, флуконазол)

+ Местно Нистатин, Клотримазол, Миконазол в различных ЛФ

+ Щелочные средства (2-4% раствор буры, 2% раствор борной кислоты, тетраборат Na в глицерине 20%)

+ анилиновые красители

+ диета с ограничением углеводов.

**Вирусные заболевания кожи**

**Задача 1.**

Пациент 30 лет, ведущий беспорядочную половую жизнь, обратился с жалобами на появившиеся около месяца назад в области венечной борозды и на внутреннем листке крайней плоти сосочковидные разрастания телесного цвета, безболезненные, поверхность более крупных из них напоминает цветную капусту.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? - Остроконечная кондилома.
2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? - сосочковидные разрастания телесного цвета, безболезненные.
3. Какие исследования надо провести для его подтверждения? - Сделать анализ на вирус папилломы человека методом ПЦР для определения ДНК вируса в крови больного.
4. С каким заболеванием следует дифференцировать имеющееся заболевание? - С широкими кондиломами при вторичном рецидивном сифилисе, пиогенной гранулёмой. Широкие кондиломы, в отличие от остроконечных, не имеют дольчатого строения, но имеют плотноэластическую консистенцию. Кроме того, при сифилисе часто имеются другие характерные признаки болезни. Помогают также лабораторные методы исследования: в соскобе с поверхности широких кондилом обнаруживают бледные трепонемы)
5. В чем сходство и в чем отличие этих заболеваний. См. вопрос 4

**Задача 2.**

Девушка 19 лет обратилась с жалобами на высыпания на лице, возникшие после переохлаждения. При осмотре: на коже верхней губы и крыла носа имеются два очага сгруппированных пузырьков с прозрачным содержимым на фоне отека и эритемы. Субъективно - отмечает боль и покалывание в области высыпаний.

Вопросы.

1.Ваш диагноз? - Нerpes simplex labialis.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? - На коже верхней губы и крыла носа имеются два очага сгруппированных пузырьков с прозрачным содержимым на фоне отека и эритемы.

3 Ваше мнение об этиологии заболевания? – Герпес м.б. сопутствующим инфекционному заболеванию, переохлаждение - повод к развитию болезни. Дифференциальная диагностика герпеса проводится с твердым шанкром, с МЭЭ, с обыкновенной пузырчаткой.

4. Назначьте лечение. - При нарушении общего состояния применяют антибиотики, гамма-глобулин, иммуностимуляторы (продигиозан, метилурацил, натрия нуклеинат). Для предупреждения импетигинизации назначают подсушивающие и дезинфицирующие средства: анилиновые красители, пасту Лассара, 2-5% серно-карболовую пасту. Применяют противовирусные мази: 2-5% теброфеновую, 0,25-0,5% бонафтоновую, 50% интерфероновую, 1-5% оксолиновую, мазь "Флореналь" или линимент "Госсипол".

5. Какие мероприятия рекомендуются для профилактики? - Специфическая профилактика рецидивов герпетической инфекции осуществляется с помощью различных герпетических вакцин (живых, инактивированных, рекомбинантных).

**Задача 3.**

Пациент 62 лет обратился с жалобами на боль в области грудной клетки и высыпания. При осмотре: на коже спины вдоль ребра справа имеются множественные группы пузырьков с прозрачным и мутным содержимым, эрозий с фестончатыми очертаниями на фоне эритемы и отека. Вопросы:

1. Ваш диагноз? - Нerpes zoster.
2. Какой первичный элемент при этом заболевании? – пузырёк.
3. К каким специалистам надо направить пациента на консультацию? – Невролог.
4. Ваше мнение об этиологии заболевания - (возникает как самостоятельное заболевание, но может возникать как осложнение пневмоний, плеврита, лимфолейкоза, лимфогранулематоза, интоксикации).
5. Назначьте лечение? - Противовирусные препараты: ацикловир, интерферон, метисазон, интерфероногены. Одновременно применяют салицилаты, анальгетики.

Для ликвидации остаточных явлений в виде парезов, невралгий, гиперестезии одновременно с витаминами В, В2 и В12 используют раствор прозерина по 0,5-1 мл ежедневно в течение 10-12 дней, антибиотики широкого спектра действия.

**Задача 4.**

К вам обратился воспитатель детского сада, который заметил, что у 4 детей в области живота, верхних конечностей, ягодиц появились узелки цвета нормальной кожи, величиной от булавочной головки до чечевицы. На поверхности узелков имеется пупковидное вдавление.

1.Ваш предварительный диагноз? - Контагиозный моллюск.

2.Ваша тактика в отношении больных детей? - Детей изолировать необходимо.

3.Назначьте лечение. - Выдавливание пинцетом или выскабливание острой ложечкой с последующим смазыванием 5-10%-ным спиртовым раствором йода, диатермокоагуляция, криотерапия.

4.Ваше мнение об этиологии заболевания. - Вирус – контактное заражение.

5. С чем следует дифференцировать заболевание? - С бородавками: при плоских, юношеских бородавках отсутствуют розовато-перламутровая окраска и центральное кратерообразное углубление; с КПЛ.

**Задача 5.**

На прием к врачу стоматологу пришла девушка 18 лет с жалобами на периодически возникающие на красной кайме высыпания, которые сопровождаются болезненностью. Предшествуют высыпаниям жжение и покалывания на месте будущих проявлений. При осмотре красной каймы губ на фоне эритемы, небольшого отека имеются сгруппированные пузырьки, с серозным содержимым, отдельные пузырьки вскрылись, образуют поверхностные эрозии. Вопросы

1. Ваш диагноз? - Неrpes simplex labialis.
2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? - На красной кайме высыпания, болезненность.
3. Какие исследования надо провести для его подтверждения? - Используют цитологический метод, с помощью которого в мазках обнаруживают гигантские многоядерные клетки, патогномоничные для заболеваний вирусной этиологии. Для подтверждения диагноза ставят РСК и реакцию пассивной гемагглютинации (РПГА).
4. Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? - См вопрос 3
5. Назначьте печение – Ацикловир 200 мг 5 р. в с.7-10 дней, местно – мази Зовиракс, Фенистил Пенцивир, растворы антисептиков + анилиновые красители.

**Задача 6.**

У пациентки 26 лет на красной кайме нижней губы внезапно появился очаг эритемы и отека, на фоне которого возникли сгруппированные пузырьки с прозрачным содержимым. Беспокоит боль и покалывание в области очага. Вопросы:

1. Ваш диагноз - Нerpes simplex labialis.
2. Какой первичный элемент при этом заболевании? - Пузырёк.
3. Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? -Используют цитологический метод, с помощью которого в мазках обнаруживают гигантские многоядерные клетки, патогномоничные для заболеваний вирусной этиологии. Для подтверждения диагноза ставят РСК и реакцию пассивной гемагглютинации (РПГА).

4.С каким заболеванием следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? - Дифференциальная диагностика герпеса проводится с твердым шанкром, с МЭЭ, с обыкновенной пузырчаткой.

5. Назначьте лечение - При нарушении общего состояния применяют антибиотики, гамма-глобулин, иммуностимуляторы (продигиозан, метилурацил, натрия нуклеинат). Для предупреждения импетигинизации назначают подсушивающие и дезинфицирующие средства: анилиновые красители, пасту Лассара, 2-5% серно-карболовую пасту. Применяют противовирусные мази: 2-5% теброфеновую, 0,25-0,5% бонафтоновую, 50% интерфероновую, 1-5% оксолиновую, мазь "Флореналь" или линимент "Госсипол".)

**Задача 7.**

У пациента 62-х лет после переохлаждения на лице появились высыпания, повысилась температура. При осмотре: на коже лба, щёк, ушных раковин имеются линейно расположенные очаги сгруппированных пузырьков с серозным содержимым на фоне эритемы: на некоторых участках -сгруппированные серозные корочки и эрозии мелкофестончатых очертаний. Беспокоит головная боль и невралгические боли в области лица. Вопросы:

1. Ваш диагноз? - Нerpes zoster.
2. Какой первичный элемент при этом заболевании? – Пузырёк.
3. Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз? - Используют цитологический метод, с помощью которого в мазках обнаруживают гигантские многоядерные клетки, патогномоничные для заболеваний вирусной этиологии. Для подтверждения диагноза ставят РСК и реакцию пассивной гемагглютинации (РПГА).
4. С каким заболеванием следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента? - Дифференциальная диагностика с простым пузырьковым лишаем, с рожистым воспалением.
5. Назначьте лечение - Назначают противовирусные препараты: ацикловир, интерферон, метисазон, интерфероногены. Одновременно применяют салицилаты, анальгетики, для ликвидации остаточных явлений в виде парезов, невралгий, гиперестезии одновременно с витаминами В, В2 и В12 используют раствор прозерина по 0,5-1 мл ежедневно в течение 10-12 дней, антибиотики широкого спектра действия.

**Задача 8.**

К врачу-офтальмологу обратилась пациентка 40 лет с жалобами на очень сильную боль в области наружного угла правого глаза, левой височной области и лба слева, боль появилась накануне, больная связывает своё заболевание с процедурами по лицу у врача-косметолога 5 дней назад. Считает, что ей была «занесена инфекция». Объективно: в очаге поражения имеется эритема без четких границ и лёгкая отечность, на фоне которой две группы пузырьков размером 1-2 мм в диаметре; сосуды склеры глаза расширенны, переполнены кровью; в предушной области слева пальпируются болезненные лимфатические узлы размером от горошины до мелкой фасоли.

1. Ваш диагноз - Негреs zoster ophtalmicus.
2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? - Боль в области наружного угла правого глаза, левой височной области и лба слева.
3. Ваше мнение об этиологии заболевания? - Как самостоятельное заболевание или вследствие инфекции.
4. Назначьте лечение? - Назначают противовирусные препараты: ацикловир, интерферон, метисазон, интерфероногены. Одновременно применяют салицилаты, анальгетики, Для ликвидации остаточных явлений в виде парезов, невралгий, гиперестезии одновременно с витаминами В, В2 и В12 используют раствор прозерина по 0,5-1 мл ежедневно в течение 10-12 дней, антибиотики широкого спектра действия)

5.Какие мероприятия рекомендуете для профилактики рецидивов заболевания? -Специфическая профилактика рецидивов герпетической инфекции осуществляется с помощью различных герпетических вакцин (живых, инактивированных, рекомбинантных.

**Задача 9.**

К хирургу-стоматологу обратилась пациентка 35 лет с жалобами на сильную боль в языке справа. Считает себя больной 3 дня. Анальгин снимает боль лишь на короткое время (2-3 часа). При осмотре установлено: правая половина языка увеличена. гиперемирована, на этом фоне - эрозия неправильных мелкофестончатых очертаний 2x4 см, покрыта фибринозным с легкой примесью крови налетом. Вопросы:

1. Ваш диагноз? - Нerpes zoster.
2. Какой первичный элемент при этом заболевании?- Пузырёк.
3. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? - сильная боль в языке справа, половина языка увеличена, гиперемирована.
4. Какие исследования надо провести для его подтверждения - Используют цитологический метод, с помощью которого в мазках обнаруживают гигантские многоядерные клетки, патогномоничные для заболеваний вирусной этиологии. Для подтверждения диагноза ставят РСК и реакцию пассивной гемагглютинации (РПГА).
5. Назначьте лечение - Назначают противовирусные препараты: ацикловир, интерферон, метисазон, интерфероногены. Одновременно применяют салицилаты, анальгетики. Для ликвидации остаточных явлений в виде парезов, невралгий, гиперестезии одновременно с витаминами В, В2 и В12 используют раствор прозерина по 0,5-1 мл ежедневно в течение 10-12 дней, антибиотики широкого спектра действия

**Задача 10.**

К дерматологу обратилась мама ребенка 6 лет. Недавно она заметила, что на тыльной поверхности кистей появились лентикулярные, полушаровидные, плотные узелки размером от 3 до 5 мм в диаметре с шероховатой из-за гиперкератоза зернистой поверхностью, имеющие неправильные очертания, «лесного» или серовато-бурого цвета.

1. Ваш предварительный диагноз? - Вульгарные бородавки.
2. Какие исследования следует провести для подтверждения диагноза?- сделать анализ на вирус папилломы человека методом полимеразной цепной реакции – ПЦР- для определения ДНк вируса в крови больного.
3. Назначьте лечение? - Наиболее эффективна гипносуггестивная терапия в сочетании с электрокоагуляцией и диатермо-коагуляцией. Бородавки удаляют также пергидролем, трихлоруксусной кислотой, жидким азотом, 20% раствором подофиллина. Положительное действие оказывают мази: 0,5% колхаминовая, 2% оксолиновая, 20% интерфероновая, "Флореналь" и "Ферезол" (в его состав входит 40% фенола и 60% трикрезола). Местная фотохимиотерапия бородавок имеет в детской практике преимущества перед деструктивными методами. Через 30-60 мин после нанесения раствора 8-метоксипсоралена производят УФО (аппарат "Verrucalix") в течение 2-3 дней, добиваясь исчезновения бородавок через 1 - 2 нед.
4. Ваше мнение об этиологии заболевания? - Контактный путь заражения.
5. С чем следует дифференцировать данное заболевание? - Вульгарные бородавки следует дифференцировать с кератоакантомой, околоногтевыми фибромами, подногтевыми экзостозами, бородавчатым туберкулезом кожи, кольцевидной гранулемой.

Без лечения вульгарные бородавки могут спонтанно исчезать или существовать годами. У 65% больных спонтанное разрешение наступает в течение 2 лет. Наличие большого количества бородавок может быть признаком иммуносупрессии.

**Задача 11.**

К Вам обратился пациент 24 лет с жалобами на появление 5 дней назад обильной сыпи на коже туловища без субъективных признаков. Со слов пациента, заболевание началось с появления на коже живота одного розовато-красного пятна размером 2x3 см. Вечером того же дня он, принимая душ, пользовался мочалкой, и через сутки подобные, но меньшего размера пятнистые высыпания появились по всей коже туловища, живота. При осмотре: пятна розовато-красного цвета размером от 1 по 2 см в диаметре, округлых или овальных очертаний; в центре пятен кожа истончена, напоминает смятую папиросную бумагу. Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз (розовый лишай)
2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза (назад обильной сыпи на коже туловищ» без субъективных признаков , началось с появления на коже живот» одного розовато-красного пятна )
3. С каких заболеванием следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента (Пятнистая токсикодермия, экзодематид - более крупные, шелушится по всей поверхности, неправильные очертания . розеолезный сифилид-не шелушится, не растут периферически)
4. В чем сходство и в чем отличие этих заболеваний (см. вопрос 3)
5. Назначьте лечение (запретить мытье в душе, бане, левомицитин, пантотенат Са, местно-противозудные болтушки).