

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«РОССИЙСКИЙ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОСБИОТЕХ)»

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

Уровень образования:	Специалитет
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Направленность программы	Лечебное дело
Форма обучения	Очная
Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)	6 лет
Год начала подготовки	2023
В соответствии с утвержденным УП:	Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
шифр и наименование дисциплины	Б1.О.41 Дерматовенерология
семестры реализации дисциплины	8 семестр
форма контроля	Зачет в 8 семестре

г. Москва 2023 г.

1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы дисциплины при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки степени соответствия фактических результатов обучения при изучении дисциплины запланированным результатам обучения, соотнесенных с установленными в программе индикаторами достижения компетенций, а также сформированности компетенций, установленных программой специалитета.

Таблица 1
Паспорт фонда оценочных средств

Индекс и содержание компетенции	Индикатор достижения компетенции	Планируемые результаты обучения
ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний профессиональной деятельности	Знать современные методы лечения заболеваний в соответствии с современными клиническими рекомендациями в дерматовенерологии
	ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения	Уметь составлять план медикаментозного лечения с учетом течения заболевания, общего состояния организма, наличия сопутствующей патологии в дерматовенерологии Практический опыт современной эффективной и безопасной фармакотерапии для лечения различных заболеваний в дерматовенерологии
ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования	Знать этиологию, патогенез, клинические проявления основных кожных и венерических заболеваний, синдромы и диагностические симптомы
	ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний	Уметь интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и специальных дерматологических исследований для постановки диагноза Практический опыт постановки развернутого клинического диагноза больным с учетом основных патогномичных симптомов, результатов лабораторных, инструментальных и специальных дерматологических методов исследований, и данных дифференциальной диагностики
	ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей	

	международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи	
--	--	--

2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения дисциплины.

3.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации (с ключом ответов).

8 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и

	<p>проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи</p>
--	---

Тестовые задания
Компетенции ОПК-7, ПК-2

Инструкция №1:

Для каждого вопроса или незаконченного утверждения один или несколько ответов являются правильными. Выберите:

A	B	C	D
Если верно только 1,2,3	Если верно только 1,2	Если верно только 2,4	Если верно только 4

Дерматология

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

- 1) К стрептодермиям относятся:
 - 1.Заеда
 - 2.Вульгарная эктима
 - 3.Буллезное импетиго
 - 4.фурункул
- 2) Разновидностями микробной экземы являются:
 - 1.Варикозная
 - 2.Дисгидротическая
 - 3.Паратравматическая
 - 4.Лихенифицированная
- 3) В течении простого дерматита выделяют стадии:
 - 1.Буллезную
 - 2.Некротически-язвенную
 - 3.Эритематозную
 - 4.Мокнущую
- 4) Принципы лечения медикаментозной токсидермии заключаются в:
 - 1.Прекращении введения медикамента
 - 2.Назначении солевого слабительного
 - 3.Обильном питье
 - 4.Назначении антигистаминных препаратов
- 5) Для быстрого купирования рецидивов простого герпеса применяются:
 - 1.Флуцинар
 - 2.Ацикловир
 - 3.Синтомициновая эмульсия
 - 4.Теброфеновая мазь
- 6) Показаниями для назначения антибиотиков при пиодермиях являются:
 - 1.Глубокая пиодермия на лице
 - 2.Повышение температуры тела
 - 3.Регионарный лимфаденит
 - 4.Единичный фурункул
- 7) Поражение волосистой части головы наблюдается при следующих микозах:
 - 1.Микроспория
 - 2.Эпидермофития

3.Трихофития
4.Кандидоз
8) По механизмам развития аллергический контактный дерматит представляет собой:

- 1.Гиперчувствительность немедленного типа
- 2.Атопию
- 3.Феномен Артюса
- 4.Гиперчувствительность замедленного типа

9) Симптомы, отличающие простой герпес от опоясывающего

- 1.Наличие везикулезных высыпаний на отечно-гиперемизированном фоне
- 2.Образование эрозий после вскрытия пузырьков
- 3.Наличие общих явлений
- 4.Склонность к частому рецидивированию

10) Встречаются следующие разновидности пустул:

- 1.Фликтена
- 2.Акне
- 3.Фолликулярная
- 4.Милиум

Венерология

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1) ВИЧ обнаруживается в следующих средах:

- 1.Слюна
- 2.Сперма
- 3.Цервикальное отделяемое
- 4.Фекалии

2) У больных вторичным сифилисом при осмотре полости рта может быть выявлено:

- 1.Шанкр-амигдалит
- 2.Папулы языка
- 3.Шанкр языка
- 4.Папулезная ангина

3) Причинами укорочения инкубационного периода сифилиса могут быть:

- 1.Туберкулез легких
- 2.Специфическая суперинфекция
- 3.Хронический алкоголизм
- 4.Массивное инфицирование (множественные твердые шанкры)

4) Гонококки могут паразитировать на следующих видах эпителия:

- 1.Цилиндрический
- 2.Многослойный ороговевающий
- 3.Многослойный плоский
- 4.Фолликулярный

5) Суперинфекция с возникновением твердого шанкра возможна:

- 1.В инкубационном периоде сифилиса
- 2.В позднем третичном периоде сифилиса
- 3.В первую декаду первичного периода сифилиса
- 4.Во вторичном скрытом периоде сифилиса

6) Наиболее частыми клиническими формами терминальной стадии инфекции

ВИЧ являются:

- 1.Нейросифилис
- 2.Пневмоцистная пневмония
- 3.Энцефалит
- 4.Саркома Капоши

7) Укорочение инкубационного периода сифилиса наблюдается при:

1. Биполярных твердых шанкрах
2. Множественных твердых шанкрах
3. Специфической суперинфекции
4. Сахарном диабете

8) Тактика лечения пациентов, страдающих одновременно гонореей и трихомониазом:

1. Лечение сначала трихомониаза, а затем гонореи
2. Лечение сначала гонореи, а затем трихомониаза
3. Одновременное лечение гонореи и трихомониаза
4. Лечение только гонореи

9. В состав синдрома болезни Рейтера входит:

1. Уретрит
2. Артрит
3. Конъюнктивит
4. Ангина

10. В лечении хламидийных и уреоплазменных уретритов используют:

1. Сумамед
2. Бициллин-5
3. Ровамицин
4. Клафоран

Инструкция №2:

За незаконченным утверждением следует несколько ответов. Выберите один правильный ответ.

Дерматология

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

1) Морфологический элемент, наиболее соответствующий диагнозу пруриго:

- A. Волдырь
- B. Папула
- C. Бугорок
- D. Серопапула
- E. Пузырек

2) Из нижеперечисленных изменений крови наиболее часто при atopическом дерматите встречаются:

- A. Эозинофилия
- B. Лимфопения
- C. Лейкоцитоз
- D. Агранулоцитоз
- E. Тромбопения

3) Индуктором интерферона является:

- A. Ацикловир
- B. Бонафтон
- C. Ридастин
- D. Алпипразин
- E. Хелептин

4) Кожная чувствительность в очагах поражения при лепре выпадает в следующей последовательности:

- A. Температурная, болевая, тактильная
- B. Температурная, тактильная, болевая
- C. Болевая, температурная, тактильная
- D. Тактильная, болевая, температурная

Е.Болевая, тактильная, температурная

5) Диета, которую должны соблюдать больные герпетическим дерматитом

Дюринга

А.Бессолевая

В.Аглютенная

С.Гипоаллергенная

Д.Гипоуглеводная

Е.Гипохолестериновая

Венерология

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

1) Для инактивации ВИЧ обычно используют:

А.Высушивание

В.УФО

С.Ионизирующее излучение

Д.Температура выше 57 С

Е.Формалин

2) Среди перечисленных признаков нехарактерным для твердого шанкра является:

А.Плотнoэластический инфильтрат в основании эрозии

В.Гладкое ровное дно

С.Полициклические очертания

Д.Безболезненность

Е.Устойчивость к местной терапии

3) Для первичного серонегативного сифилиса характерны все признаки кроме:

А.Наличия твердого шанкра

В.Положительной РИФ

С.Отрицательной КСР

Д.Положительной РИБТ

Е.Наличия регионарного лимфаденита

4) Среди перечисленных разновидностей твердого шанкра является:

А.Гигантский твердый шанкр

В.Индуративный отек

С.Шанкр-панариций

Д.Шанкр-амигдалит

5) Окончанием первичного периода сифилиса является:

А.Развитие продромальных явлений

В.Заживление твердого шанкра

С.Появление полиаденита

Д.Появление генерализованных высыпаний

Е.Позитивация КСР

Ответы:

Инструкция №1		Инструкция №2	
Дерматология		Дерматология	
1)	А	1)	Д
2)	В	2)	А
3)	А	3)	С

4)	Е	4)	А
5)	С	5)	В
6)	А		
7)	В		
8)	Д		
9)	Д		
10)	А		
Венерология		Венерология	
1)	А	1)	Д
2)	С	2)	С
3)	С	3)	Д
4)	В	4)	А
5)	А	5)	Д
6)	С		
7)	А		
8)	В		
9)	А		
10)	В		

Практико-ориентированные задания (ситуационные задачи).

**ГНОЙНИЧКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ - ПИОДЕРМИИ
СТАФИЛОДЕРМИЯ**

Задача № 1

К дерматологу обратился мужчина 40 лет с жалобами на поражение кожи лица в течение 2 лет. Процесс носит упорный хронический характер, плохо поддается лечению. При осмотре на лице видны множественные фолликулиты и остиофолликулиты.

Задания:

- 1.Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2.Составьте план обследования.
- 3.Назовите специалиста, в консультации которого нуждается больной.
- 5.Назначьте лечение.

Ответ к задаче № 1

- 1.Стафилококковый сикоз (хроническое течение, типичная клиническая картина).
2. Общеклинические методы (ОАК, ОАМ), бактериологический метод, антибиограмма,
- 4.Консультация иммунолога.

5. Антибиотики в соответствии с антибиограммой, иммунокоррекция. Местно – анилиновые красители, мазь банеоцин, фуцидин, субэритемные дозы УФО, санаторно-курортное лечение в период ремиссии.

Задача № 2

На прием к врачу обратился больной 26 лет, преподаватель музыки, с жалобами на высыпания в области бороды и усов, сопровождающиеся чувством жжения, легкого зуда, покалывания.

Считает себя больным в течение 2,5 лет. Первоначально на подбородке появились отдельные пузырьки с гнойным содержимым, в центре пронизанные волосом. Гнойнички подсыхали с образованием корочек, затем на том же месте появились новые высыпания. Кожа в этих местах стала плотной, синюшного цвета. Процесс носит волнообразный характер. С каждым обострением очаг поражения становится больше. Обращался к врачу по месту жительства, назначались дезинфицирующие растворы и мази, эффекта от лечения не было. Заболевание угнетающе действует на психическое состояние больного. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический гайморит, хронический ринит.

При осмотре: процесс располагается на коже подбородка и носогубного треугольника. Кожа при пальпации плотная, инфильтрированная, синюшно-красного цвета. На этом фоне большое количество пустулезных элементов, многие из которых пронизаны волосом. Множественные грязно-желтые корки.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.

Ответ к задаче № 2

1. Сикоз стафилококковый.
2. Общеклинический метод, кровь на РМП, РПГА, ИФА, ВИЧ, бактериологический посев с антибиограммой.
3. Импетиго вульгарное, инфильтративно-нагноительная трихофития.
4. Эпиляция, иммунокоррекция, антибиотикотерапия.

Задача № 3

На прием к врачу терапевту обратилась пациентка 38 лет с жалобами на болезненное уплотнение красного цвета над верхней губой слева. Беспокоит озноб и чувство недомогания. Больна 3 дня. Начало заболевания связывает с тем, что пыталась выдавить угревой элемент над губой. На этом месте образовалось болезненное уплотнение, которое быстро увеличилось в размере, кожа над ним покраснела. Температура тела поднялась до 37,5°C, появились головная боль, общее недомогание.

При осмотре: на коже над верхней губой имеется узел до 1,5 см. в диаметре, болезненный при пальпации, расположенный глубоко в коже. Кожа над узлом отечная, синюшно-вишневого цвета. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненные.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Укажите возможные осложнения заболевания.
4. Назначьте лечение данного больного.
5. Укажите меры профилактики заболевания.

Ответ к задаче № 3

1. Фурункул в области носогубного треугольника.
2. Общеклинические методы, консультация хирурга.
3. Осложнением фурункулов в области лица (носогубного треугольника) является – гнойный менингит, тромбоз сосудов, сепсис.

4. План лечения: госпитализация в хирургическое отделение; антибиотики (кефзол, цефтриаксон, сумамед и др.), витамины В1, В6, В12, аскорутин, телфаст 180 мг 1т. 1 раз в день, ликопид 10мг 1 раз 10 дней.

Наружная терапия: вскрытие фурункула; в первые сутки - гипертонический раствор, затем мазь «Левомеколь» с последующим переходом на фуцидин крем 1% 2 раза в день до полного заживления.

5. Первичная профилактика пиодермий - соблюдение правил личной гигиены, своевременная антисептическая обработка микротравм, трещин, раневых поверхностей и др. Вторичная профилактика - профилактические медицинские осмотры детских коллективов и лиц декретированных групп.

Задача № 4

На прием к дерматологу обратилась больная 32 лет с жалобами на болезненное уплотнение красного цвета в области лба. Беспокоит озноб и чувство недомогания.

Больна 5 дней. Заболевание связывает с тем, что пыталась выдавить гнойничок в области лба. Через день образовалось болезненное уплотнение величиной чуть больше горошины. Через два дня инфильтрат увеличился, кожа над ним покраснела. Температура была 38,4°С. Больную стали беспокоить головная боль, общее недомогание.

Локальный статус. В области лба узел величиной до вишни, болезненный при пальпации. Кожа над узлом синюшно-красного цвета. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Наметьте план лечебно-профилактических мероприятий для данного больного.
3. Укажите возможные осложнения.
4. Дайте рекомендации больной после излечения.

Ответ к задаче № 4

1. Фурункул в области лба.
2. Антибиотики, местно – чистый ихтиол, УВЧ.
3. Тромбоз мозговых сосудов, менингит, сепсис.
4. Исключить травматизацию высыпаний на лице, самолечение. Избегать переохлаждения.

Задача № 5

На прием к дерматологу обратился подросток с жалобами на болезненное уплотнение красного цвета над верхней губой слева. Беспокоит озноб и чувство недомогания.

Болен в течение 5 дней. Над верхней губой появился гнойничок. Больной пытался его выдавить. Через день образовалось болезненное уплотнение величиной чуть больше горошины. Через два дня инфильтрат увеличился, кожа над ним покраснела. Температура тела была 37,8°С, появились головная боль, общее недомогание.

Локальный статус. На коже носогубного треугольника слева узел величиной до вишни, болезненный при пальпации. Кожа над узлом синюшно-красного цвета. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненные.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите возможные осложнения данного заболевания.
3. Составьте план лечения больного.
4. Проведите консультирование больного после излечения.

Ответ к задаче № 5

1. Фурункул в области носогубного треугольника.
2. Осложнения данного заболевания:
Осложнение фурункула в области лица (носогубного треугольника) является - тромбоз, абсцесс, сепсис.
3. Лечение данного заболевания.
Госпитализация в хирургическое стоматологическое отделение.

Назначение β-лактамазоустойчивых антибиотиков (кефзол, цефтриаксон, сумамед и др.); витаминов В1, В6, В12, аскорутин; лактофильтрума, телфаст, ликопид.

Наружная терапия: хирургическая обработка (без сечения тканей). Вначале обрабатывают 3%раствором перекиси водорода и анилиновым красителем. Затем наносят чистый ихтиол с последующим накладыванием мазевых повязок с гипертоническим раствором, в дальнейшем – крем фуцидин. В случае абсцедирования – вскрытие хирургическим путем и дренирование.

4.Исключение механического удаления (выдавливания) каких-либо элементов на лице.

Задача № 6

На прием к дерматовенерологу обратилась больная 40 лет с жалобами на высыпания на коже спины, бедер, ягодиц, повышение температуры до 38[°] С, общую слабость, недомогание.

Считает себя больной в течение трех лет, когда появились единичные болезненные узлы в области спины и груди, сопровождающиеся повышением температуры тела, общей слабостью. За медицинской помощью обратилась к хирургу. Диагностировали фурункулы. Была назначена антибактериальная терапия. С этого времени периодически отмечала появление фурункулов на коже туловища и конечностей. Прием антибиотиков дает временный эффект.

Локальный статус. Процесс носит диссеминированный характер. Высыпания локализуются на туловище и конечностях, представлены 5 ограниченными плотными узлами багрово-красного цвета, выступающими над поверхностью кожи, болезненными при пальпации. Отдельные узлы в центре имеют пустулу, у двух узлов в центре отчетливо виден некротический стержень с гнойным отделяемым.

Задания:

- 1.Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2.Составьте план обследования больной.
- 3.Назначьте лечение.
- 4.Дайте рекомендации больной после курса терапии.

Ответ к задаче № 6

- 1.Фурункулез.
- 2.ОАК. Иммунограмма, выяснение причин иммунодефицита. Уровень сахара в крови, кровь на ВИЧ, гепатиты.
- 3.Антибиотики, стафилококковые бактериофаг, гаммаглобулин, анатоксин; поливитамины. Наружно – ихтиол, анилиновые красители, УВЧ, УФО.
- 4.Обследование на соматическую патологию. Лечение выявленных заболеваний, иммунокоррекция.

Задача № 7

К дерматовенерологу обратился больной 38 лет, с жалобами на высыпания в области бороды и усов. Считает себя больным в течение года. Постоянно на лице в области бороды и усов появляются гнойнички, корочки. Кожа в этих местах стала плотной, синюшного цвета. Процесс носит хронический рецидивирующий характер, без полной ремиссии. С каждым обострением очаг поражения становится больше. Заболевание угнетающе действует на психическое состояние больного. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический кариес зубов, гайморит.

Локальный статус. Процесс располагается в области бороды и усов. Кожа при пальпации плотная, инфильтрированная, синюшно-красного цвета. На этом фоне большое количество пустулезных элементов, пронизанных волосом. Множественные грязно-желтые корки.

Задания:

- 1.Поставьте и обоснуйте диагноз.
3. Составьте план обследования.
- 4.Проведите дифференциальную диагностику.
- 5.Укажите методы лечения и профилактики.

Ответ к задаче № 7

1. Стафилококковый сикоз.
2. Общеклинические, биохимический анализ крови, сахар крови, антибиограмма.
3. Себорейный дерматит, импетиго вульгарное.
4. Антибиотики с учетом антибиограммы; стафилококковые бактериофаг, гаммаглобулин, анатоксин; иммунокорректоры по назначению иммунолога; наружно – ихтиол, анилиновые красители, мази с антибиотиками; УВЧ, УФО. Постоянный уход за кожей, При бритье использовать очищающий гель Себиум -мусс (Bioderma).

СТРЕПТОДЕРМИЯ

Задача № 8

На прием к врачу обратился больной 75 лет, с жалобами на высыпания и трещины в углах рта. Беспокоит зуд, слюнотечение, болезненность при приеме пищи. Считает себя больным в течение месяца, когда появились болезненные трещины в углах рта. Лечился самостоятельно – полоскал рот раствором фурацилина и смазывал трещины йодом. В анамнезе сахарный диабет, имеет зубные протезы.

При осмотре: в области углов рта имеются линейные трещины, покрытые медово-желтыми корочками, при снятии которых обнаруживается эрозивная поверхность. У пациента имеются зубные протезы и кариозные зубы.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите этиологию и предрасполагающие факторы заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
4. Составьте план обследования.
5. Укажите тактику лечения данного пациента.

Ответ к задаче № 8

1. Щелевидное импетиго.
2. Возбудителем является стрептококк. Предрасполагающие факторы: зубные протезы и кариозные зубы, иммунодефицитное состояние в пожилом возрасте.
3. Кандидоз угла рта (как одно из проявлений кандидозного стоматита), сифилитическая заеда (папула - как проявление вторичного сифилиса), арибофлавинозная заеда (при гиповитаминозе витаминов группы В).
4. ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, креатинин, мочевины, глюкоза), исследование иммунитета (по необходимости), посев на флору с антибиограммой.
5. Антибиотикотерапия (азитромицин 6-10 дней). Местное лечение: анилиновые красители (метиленовый синий, фукоцин); крем «Фуцидин» на пораженные места 2 раза в день, 6-10 дней.

По показаниям противогрибковые препараты (дифлюкан) для профилактики кандидоза; иммунотерапия (при выраженном иммунодефиците).

Задача № 9

На прием к врачу обратилась мать с ребенком 4-х лет с жалобами на высыпания на коже лица и трещины в углах рта, сопровождающиеся зудом, слюнотечением и болезненностью при приеме пищи. Ребенок заболел 1 неделю назад, когда на коже лица появились высыпания, в углах рта трещины. Ребенок посещает детский сад. У двух детей в группе детского сада имеются подобные высыпания.

Локальный статус. Процесс локализуется на коже щек, в углах рта. На коже щек поверхностные пустулы, от чечевицы до горошины, покрышка вялая серозно-гнойные корочки, эрозии. По периферии гнойничков отечно-гиперемированный венчик. В углах рта трещины с обрывками эпидермиса по периферии.

Задания:

1. Поставьте предварительный и обоснуйте.
2. Укажите факторы развития данного заболевания.
3. Дифференциальная диагностика данного заболевания с другими дерматозами.
4. Составьте план лечения больного.

5. Профилактика заболевания в детском саду.

Ответ к задаче № 9

1. Ангулярный стоматит (заеда), стрептококковое импетиго.

2. Возникновению импетиго способствуют: плохой гигиенический уход за кожей, травматизация, мацерация кожи, снижение иммунитета, аденоиды, сахарный диабет, переохлаждение, сухость и нарушение целостности эпидермиса, перегревание.

3. С герпетической инфекцией (простой и опоясывающий герпес), экземой (микробной, истинной), атопическим дерматитом.

4. План лечения. Диета с исключением углеводов. Антибиотики (сумамед – 6 дней). Атигистаминные препараты (зиртек). Обработать пораженную кожу бриллиантовым зеленым, эрозии обрабатывать водными растворами анилиновых красителей (фукорцин, метиленовый синий), временно исключить водные процедуры и массаж. Флорадофилус 1 капс в день (про- и пребиотик).

5. Осмотр детей и персонала детского сада.

Задача № 10

На прием к врачу обратился больной 50 лет, с жалобами на высыпания и трещины в углах рта, сыпь на лице. Беспокоит зуд, слюнотечение, болезненность при приеме пищи.

Считает себя больным в течение 2 месяцев, когда впервые появились трещины в углах рта, затем высыпания на лице. За это время ухудшения сменялись периодами улучшения. Лечился самостоятельно - полоскал рот раствором фурациллина и смазывал трещины облепиховым маслом. Из сопутствующих заболеваний отмечает конъюнктивит, хронический колит. Страдает хроническим гайморитом, парадонтозом.

Локальный статус. Процесс локализуется в углах рта и на коже лица. В углах рта имеются линейные щелевидные трещины. На коже лица вялые гнойнички, медово-желтые корочки при снятии которых обнажается эрозивная поверхность.

Задания:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.

2. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать.

3. Наметьте план лечебно-профилактических мероприятий.

4. Дайте рекомендации больному после клинического выздоровления.

Ответ к задаче № 10

1. Щелевидное импетиго.

2. Кандидоз, сифилитические папулы.

3. Наружно – анилиновые красители, антибактериальные мази, УФО.

4. Лечение патологии ЖКТ, санация полости рта, носоглотки. Обследование на другую соматическую патологию (сахарный диабет, онкопатологию и др.).

ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ - МИКОЗЫ

Задача № 11

Мужчина 70 лет страдает поражением кожи в течение года.

При осмотре: в области туловища видны эритемо-сквамозные очаги различных размеров с фестончатыми очертаниями. Имеется ожирение 2 степени.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Назовите специалистов, в консультации которых нуждается больной.

5. Назначьте лечение больному.

Ответ к задаче № 11

1. Генерализованный микоз гладкой кожи.

2. Общеклинические лабораторные исследования, кровь на ВИЧ, гепатиты, на сахар.

3. Консультации иммунолога, эндокринолога.

5. Фунгицидные препараты (ламизил, итраконазол), иммунокоррекция по назначению иммунолога. Местно – мазь ламизил, клотримазол, залаин.

Задача № 12

На прием к врачу обратилась мама с ребенком 8 лет, с жалобами на незначительный зуд и высыпания на коже лица, очаг облысения на волосистой части головы.

Заболевание возникло месяц назад, когда родители заметили появление пятен на коже лица, а затем очаг облысения на волосистой части головы. Незадолго до возникновения заболевания ребенок принес домой с улицы котенка. Из перенесенных заболеваний мама отмечает скарлатину, редко ОРВИ.

При осмотре: на гладкой коже лица несколько эритематозных очагов округлой формы, с валиком по периферии из слившихся пузырьков, корочек, папул, в центре очаги покрыты сероватыми чешуйками. На волосистой части головы, в затылочной области, очаг облысения округлой формы 4 см в диаметре, покрыт серыми чешуйками. Волосы в очаге обломаны на уровне 6-8 мм и имеют беловатый чехлик.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назовите с какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
4. Укажите этиологию и патогенез данного заболевания.
5. Наметьте план лечебных и профилактических мероприятий.

Ответ к задаче № 12

1. Микроспория гладкой кожи и волосистой части головы.
2. Люминесцентная, микроскопическая и культуральная диагностика.
3. Сифилитическое облысение, другие виды микозов гладкой кожи и волосистой части головы.
4. Возбудитель – грибы рода *Микроспорум кошачий*, ржавый. Поражает кожу, волосы, ногти.
5. Местные и системные антимикотики. Работа в эпидочаге. Контроль клинический и микроскопический.

Задача № 13

На прием к дерматологу обратился больной 18 лет с жалобами на наличие пятен на коже шеи и груди. Считает себя больным в течение года. Заметил на коже груди небольшие коричневые пятна. Сначала пятна были единичными и не беспокоили. Со временем пятен стало больше, они увеличились в размере. После загара на их месте остались белые пятна. Дерматологом назначен наружно салициловый спирт. После лечения наступило улучшение, но затем пятна появились вновь. Из сопутствующих заболеваний отмечает вегетоневроз, повышенную потливость.

Локальный статус. На коже верхней половины туловища и шеи скудные желтовато-коричневые пятна, покрытые отрубевидными чешуйками. На шее единичные депигментированные пятна.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Уточните этиологию и патогенез заболевания.
3. Составьте план обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
5. Назначьте лечение.

Ответ к задаче № 13

1. Разноцветный лишай (син. отрубевидный лишай).
2. Лишай разноцветный вызывается грибами *Malassezia furfur*. Гриб обитает только на коже человека в сапрофитной или патогенной форме. Заболевание мало контагиозное. Для передачи заболевания нужен тесный контакт, поэтому эти заболевания встречаются чаще в семьях. Предрасполагает к его возникновению дефицит иммунитета, высокая влажность кожных покровов.

3. Диагностика данного заболевания. При освещении лампой Вуда пятна светятся золотисто-желтым цветом; положительная проба с 5% настойкой йода (проба Бальцера); феномен Бенье – феномен «стружки»; микроскопическое исследование чешуек на грибы.

4. Дифференциальная диагностика: с розовым лишаем, лейкодермой при вторичном сифилисе, витилиго.

5. Кератолитические, антимикотические мази, спрей Ламизил. Наружно - скраб для тела 1 месяц.

Задача № 14

На прием к врачу обратилась мать с ребенком 6 лет. Жалобы на появление очагов облысения на голове и пятен на коже рук, незначительный зуд. Две недели назад у ребенка появились очаги облысения на волосистой части головы и пятна красного цвета на коже рук. Подобные высыпания отмечаются у 4-х летней сестры. Имеются домашние животные - кошка и собака. Ребенок посещает детский сад.

Локальный статус. На коже предплечий несколько эритематозных очагов округлой формы, с четкими границами, диаметром до 2 см. В центре очаги покрыты сероватыми чешуйками, по периферии - валик из слившихся корочек, папул, пузырьков. На волосистой части головы, в теменной и затылочной области, два очага облысения до 2,5 см в диаметре, покрытые серыми асбестовидными чешуйками. Волосы в очагах обломаны на уровне 4-6 мм, окружены беловатым чехликом.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
4. Назначьте лечение.
5. Уточните, какую работу необходимо провести в эпидемиологическом очаге.

Ответ к задаче № 14

1. Микроспория волосистой части головы и гладкой кожи.
2. Микроскопия и культуральная диагностика чешуек и волос из очагов алопеции, люминесцентная диагностика.
3. Дифференцировать с трихофитией, фавусом волосистой части головы и гладкой кожи, очаговой алопецией, себорейным дерматитом.
4. Антимикотики (гризеофульвин, ламизил внутрь). Наружно - 2% настойка йода, серно-салицилово-дегтярная мазь (5% серы и дегтя, 2% салициловой кислоты), или крем сертоконазол (залаин).
5. Обследование и лечение сестры; осмотр всех членов семьи; осмотр детского коллектива; санэпидобработка очага (санитарно-эпидемиологической службой) по экстренному извещению – форма 089/у.

Задача № 15

На прием к врачу обратилась мама с ребенком 5 лет, с жалобами на незначительный зуд и высыпания на коже лица, очаги облысения на волосистой части головы.

Заболевание возникло месяц назад, когда родители заметили появление пятен на коже лица, а затем очаги облысения на волосистой части головы. Из перенесенных заболеваний скарлатина, редкие ОРВИ. У няни ребенка замечено поражение ногтевых пластинок.

Локальный статус. На гладкой коже лица несколько эритематозных очагов округлой формы. На волосистой части головы, преимущественно в краевой зоне несколько мелких очагов облысения. Волосы в очаге обломаны на уровне кожи.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
4. Назначьте лечение.
5. Уточните вероятный источник заражения.

Ответ к задаче № 15

1. Трихофития волосистой части головы и гладкой кожи.
2. Микроскопия, посев на дерматомицеты, люминесцентная диагностика.

3.Микроспория волосистой части головы, фавус, очаговая алопеция.

4.Гризеофульвин, ламизил внутрь. Наружно - 2% настойка йода, серно-салицилово-дегтярная мазь (5% серы и дегтя, 2% салициловой кислоты), или крем сертоконазол (залаин).

5.Источником заражения, повидимому, явилась няня ребенка.

Задача № 16

На прием к врачу обратился больной 40 лет с жалобами на высыпания на коже стоп, потертости, сильный зуд.

Считает себя больным в течение полугода. Первоначально заметил потертости и опрелости в межпальцевых складках стоп, зуд. Подобные высыпания больной отмечал и ранее, но они были выражены не столь резко. Работает в горячем цехе, пользуется общественным душем. Сопутствующие заболевания – варикоз вен нижних конечностей.

Локальный статус. Процесс локализуется в межпальцевых складках обеих стоп и тыле стоп. На фоне эритемы в области стоп мокнутие, эрозии. На коже подошв мелкие эрозии с явлениями мокнутия, на своде стоп сгруппированные пузырьковые высыпания по типу “саговых зерен”.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
- 3.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
- 4.Назначьте лечение.
- 5.Укажите меры профилактики.

Ответ к задаче № 16

- 1.Микоз стоп, интертригинозная и дисгидротическая формы.
- 2.Микроскопия, посев на дерматомицеты.
- 3.Экзема, опрелость.
- 4.Снятие острого воспаления: антигистаминные препараты, наружно примочки, крупные пузыри вскрыть, марганцовые ванночки; затем антимикотики наружно: крем ламизил, залаин, клотримазол, экзифин, батрафен. При упорном течении возможны системные антимикотики (ламизил), 2 недели.

5.Соблюдение правил гигиены, ношение индивидуальной мочной обуви, обработка обуви порошком кандид, или спреем микостоп.

Задача № 17

На прием к врачу обратилась больная 72 года, пенсионерка, с жалобами на зуд, жжение, высыпания в пахово-бедерных складках, под молочными железами, на слизистой полости рта.

Считает себя больной в течение месяца, когда впервые в паховой области появилось покраснение кожи, затем плоские, вялые пузырьки, которые быстро вскрывались с образованием эрозий. Затем процесс стал распространяться на внутреннюю поверхность бедер, такие же высыпания появились и на коже под молочными железами. Вскоре больная заметила, что и на слизистой полости рта имеются высыпания белого цвета.

Два месяца назад перенесла полостную операцию, после которой получала антибиотики. Из сопутствующих заболеваний ожирение, сахарный диабет, хронический энтероколит.

Локальный статус. В пахово-бедерных складках и на коже под молочными железами крупные эрозии темно-красного цвета, полициклическими очертаниями, с резкими границами и умеренной влажностью. По периферии очагов бордюр из белесоватого, отслаивающегося, мацерированного эпидермиса. Вокруг основного очага имеются мелкие очажки такого же характера - “дочерние”.

На гиперемизированном фоне слизистой оболочки щек, языке и деснах налеты белого цвета, склонные к слиянию. Налеты легко снимаются шпателем.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

2. Составьте план обследования.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
4. Назначьте лечение.
5. Уточните меры профилактики данного дерматоза у больной.

Ответ к задаче № 17

1. Кандидоз складок. Кандидозный стоматит.
2. Микроскопия, посев на дерматомицеты.
3. Опрелость. Красный плоский лишай полости рта.
4. Флуконазол внутрь, анилиновые красители, антимикотики наружно.
5. Лечение сахарного диабета, борьба с ожирением. Диспансерное наблюдение.

Задача № 18

На прием к дерматологу пришла жительница Средней Азии с пятилетним внуком с жалобами на выпадение волос и шелушение кожи волосистой части головы у ребенка, снижение массы тела на 5 кг.

Ребенок болеет 3-ий месяц. Мальчик был в контакте с бабушкой с заболеванием кожи волосистой части головы. Диагноз не установлен, так как бабушка за медицинской помощью не обращалась. От ребенка исходит неприятный запах амбарных мышей.

Локальный статус. Поражена кожа и волосы головы. Выражено тотальное покраснение и шелушение кожи волосистой части головы, волосы серые, тусклые, обламываются. У ребенка явления интоксикации.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте лечение.
5. Укажите этиологию и эпидемиологию заболевания.

Ответ к задаче № 18

1. Фавус в/ч головы, скутулярная форма.
2. Микроспория, трихофития в/ч головы, себорейный дерматит.
3. Микроскопия, посев на грибы пораженных волос и скутул; осмотр под люминесцентной лампой.
4. Системные (гризеофульвин, ламизил) и местные антимикотики (залаин, клотримазол, экзифин, ламизил и др.), дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия.

5. Возбудитель – антропофильный гриб *Trichophyton schonleinii*. Заболевание мало контагиозное. Источник заражения – больной человек при длительном и тесном контакте.

Задача № 19

На прием к врачу обратилась мать с десятилетним сыном с жалобами на недомогание, головную боль, повышение температуры до 37,6 °С, «узлы» на волосистой части головы. Заболевание возникло после ухода за лошадьми.

Локальный статус. На коже волосистой части головы имеются несколько очагов поражения, резко очерченных, покрытых большим количеством гнойных сочных корок. После снятия корок из каждого волосяного фолликула в отдельности выделяется гной, напоминающий мед в медовых сотах. Подчелюстные и шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте лечение
5. Профилактические мероприятия в очаге.

Ответ к задаче № 19

1. Инфильтративно-нагноительная трихофития.
2. Пиодермия.

3. Микроскопия и посев на грибы пораженных волос.
4. Системные и местные антимикотики.
5. Работа ветеринара в эпидочаге, осмотр животных.

АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗЫ

Задача № 20

У мужчины после ремонта машины на кистях появились гиперемия, мокнутие, трещины. Ранее кожных заболеваний не было.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте лечение больному.
3. Дайте рекомендации больному после выздоровления.

Ответ к задаче № 20

1. Острый контактный аллергический дерматит.
2. Антигистаминные препараты, гипосенсибилизирующие препараты, местно – примочки с раствором танина, ГКС мази.
3. Исключить контакт с химическими веществами, с целью защиты рук – крем-гель Биопокров.

Задача № 21

При профосмотре у рабочей-аппаратчицы завода цветных металлов, на руках выявлены эритема, везикулы, мокнутие. За медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно. Работает на заводе 4 месяца, больна 1 месяц. Ранее кожных заболеваний не было.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
4. Назначьте лечение.
5. Уточните прогноз при данном заболевании.

Ответ к задаче № 21

1. Контактный аллергический дерматит.
2. Аллергопробы с профессиональными аллергенами.
3. Экзема.
4. Антигистаминные препараты, гипосенсибилизирующее лечение, примочки с раствором танина.
5. Возможность перехода в истинную экзему.

Задача № 22

На прием к врачу обратилась больная 48 лет, продавец универмага, с жалобами на боль, жжение, отек кожи лица, зуд. Заболевание началось 2 часа спустя после закапывания в глаза раствора альбуцида по поводу обострения конъюнктивита. Ранее подобной картины от приема альбуцида не развивалось. Хроническим конъюнктивитом болеет около 5 лет.

При осмотре: процесс локализуется на коже периорбитальной области лица, носит ограниченный характер, четкие границы. На фоне яркой эритемы, отечности, имеются многочисленные мелкие папуло-везикулезные высыпания. Глазные щели сужены.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Назначьте лечение.
5. Укажите меры профилактики данного заболевания.

Ответ к задаче № 22

1. Контактный аллергический медикаментозный дерматит.
2. Острая экзема, токсикодермия.

3. Гипосенсибилизирующее лечение: глюконат кальция, тиосульфат натрия, антигистаминные препараты. Местно – примочки с отваром чая, танина, кортикостероидные мази (гидрокортизоновая глазная).

5. Не применять сульфопрепараты, сообщать об этом медицинскому работнику.

Задача № 23

У пациентки после процедуры наращивания ногтей появились покраснение, везикуляция, легкая отечность в области концевых фаланг. В раннем детстве до 3 лет отмечались высыпания в области щек, в дальнейшем периодически – в области локтевых сгибов.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите причину данного заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
4. Уточните дерматоз, который имел место у больной в детстве.
5. Назначьте лечение.

Ответ к задаче № 23

1. Острый контактный аллергический дерматит.
2. Причина – лаки, растворители, применяемые при процедуре наращивания ногтей.
3. Дифференцировать с экземой, обострением атопического дерматита.
4. Патологию кожи в детстве следует расценить как проявления атопического дерматита.
5. Местно - кратковременно примочки с раствором танина, или охлажденного чая, ГКС мази; антигистаминные препараты.

Задача № 24

К врачу обратилась мать с ребенком 4 –х лет. Жалобы на появление высыпаний розово-красного цвета на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающихся сильным зудом.

Ребенок заболел остро. На коже туловища и конечностей появились множественные розово-красные высыпания, возвышающиеся над поверхностью кожи и сопровождающиеся сильным зудом. Температура тела 37,2° С. Возникновение заболевания мама связывает с употреблением клубники. Сопутствующее заболевание - дискинезия желчевыводящих путей.

При осмотре: процесс носит распространенный характер. На коже туловища, верхних и нижних конечностей множественные уртикарные элементы с четкими границами, насыщенно-розового цвета, размером от горошины до пятирублевой монеты.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите специалистов, консультации которых необходимы больному.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте рекомендации родителям больного после клинического выздоровления.

Ответ к задаче № 24

1. Острая крапивница.
2. Консультации аллерголога, дерматолога, педиатра, гастроэнтеролога, иммунолога, ЛОР-специалиста (для выявления хронических очагов инфекции).
3. Госпитализация в стационар.

- Соблюдение гипоаллергенной диеты: исключить из рациона бульоны, острые, соленые, жареные блюда, копчености, пряности, колбасные и гастрономические изделия, печень, рыбу, икру, морепродукты, яйца, острые сыры, майонез, кетчуп, редьку, щавель, томаты, землянику, малину, абрикосы, персики, ананас, дыню, арбуз, лимоны, апельсины, газированные фруктовые напитки, квас, кофе, какао, шоколад, жевательную резинку. Ограничиваются манная крупа, макаронные изделия, цельное молоко, сметана, баранина, курица, вишня, черешня, смородина, ежевика, клюква.

- Удаление антигенов из организма: плазмаферез и гемосорбция:

капельное введение жидкостей NaCl 0,9% с кортикостероидами (преднизолон).
- Антигистаминные средства (эриус по 2,5мл сиропа).
- Десенсибилизирующие средства (30% тиосульфатом натрия на физ. растворе).
- Энтеросорбенты (лактофилтрум по 2 таб. утром и вечером).
4. Гипоаллергенная диета. Санация очагов хронической инфекции. Использование антигистаминных препаратов.

Задача № 25

Пациентка 20 лет жалуется на высыпания на кистях в течение 2-х лет. Работает санитаркой в больнице. Ранее кожных заболеваний не было. При осмотре в области кистей на фоне эритемы везикуляция, трещинки.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте лечение больной.
3. Дайте рекомендации больной после выздоровления.

Ответ к задаче № 25

1. Хроническая экзема профессиональная.
2. Антигистаминные препараты, гипосенсибилизирующие препараты, местно – примочки с р-ом танина, ГКС мази.
3. После снятия явлений воспаления с целью защиты рук – крем-гель Биопокров. Исключить контакт с химическими веществами. Больная нуждается в диспансерном наблюдении.

Задача № 26

На прием к врачу обратился больная 40 лет с жалобами на высыпания в области кистей, сопровождающиеся зудом. Работает на заводе цветных металлов в течение 10 лет.

Считает себя больной 5 лет. Первые высыпания появились на коже рук через год после начала работы. Лечилась самостоятельно гормональными мазями. Сначала это лечение помогало, но затем процесс приобрел более стойкий характер. Когда после выздоровления больная продолжала работать со смолой, аналогичные высыпания вскоре появлялись вновь. Рецидивы с каждым разом становятся продолжительнее. Во время отпуска отмечала регресс высыпаний. В течение последнего года высыпания не разрешаются даже во время отпуска.

Локальный статус: на коже тыльной поверхности кистей, нижней трети предплечий на фоне эритемы с нечеткими границами имеются папулы, везикулы, многочисленные эрозии, чешуйки, корочки, трещины. Мокнущие по типу “серозных колодцев”.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Назначьте лечение.
4. Укажите меры профилактики данного заболевания.

Ответ к задаче № 26

1. Истинная экзема.
2. Контактный аллергический дерматит, токсикодермия.
3. Антигистаминные препараты, гипосенсибилизирующие средства, дезинтоксикационные средства, кратковременно – диуретики; наружно – примочки, гормональные мази, препараты АСД, локобейз.
5. Устранение контакта с аллергенами и раздражающими кожу веществами, ограничение стрессовых ситуаций. Правильный уход за кожей, смягчающие кремы, нейтральные моющие средства.

Задача № 27

На прием к врачу обратилась больная 60 лет, с жалобами на высыпания и зуд в области правой голени. Страдает варикозным расширением вен нижних конечностей. 2 месяца назад появилась трофическая язва; лечится у хирурга. Вокруг язвы появилось покраснение, которое быстро увеличилось, затем возникла отечность голени, стал

беспокоить кожный зуд, появились везикулы, пустулы, мокнутие, эрозии, корки. В анамнезе в течение 10 лет страдает экземой.

Локальный статус. На правой голени трофическая язва, вокруг эритема с четкими границами, мелкие везикулы, мокнутие. По периферии очага поражения пустулы.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Назначьте лечение.
4. Укажите меры профилактики данного заболевания.

Ответ к задаче № 27

1. Микробная экзема.
3. Аллергический дерматит, истинная экзема.
4. Антибиотики, антигистаминные препараты, гипосенсибилизирующие средства; наружно – примочки, топические ГКС-препараты с антибиотиками, анилиновые красители.
5. Лечение трофической язвы.

Задача № 28

Женщине 31 года по поводу гидраденита был назначен бисептол. Спустя 6 часов после первого приема препарата появилось красное зудящее пятно на правой ягодице. Больная отмечает, что год назад, у нее были подобные высыпания с той же самой локализацией, и они также были связаны с приемом бисептола.

При осмотре: в области правой ягодицы красное слегка отечное пятно с четкими границами диаметром 3 см.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
4. Назначьте лечение.
5. Укажите меры профилактики данного заболевания.

Ответ к задаче № 28

1. Токсикодермия (медикаментозная).
2. Контактный аллергический дерматит, крапивница.
4. Энтеросорбенты, гипосенсибилизирующие препараты, местно – кортикостероидные мази.

5. Исключить употребление сульфопрепаратов. Консультация аллерголога для аллергодиагностики с препаратами сульфгидрильной группы, нестероидными противовоспалительными, антипиретиками, анальгетиками, барбитуратами. При обращении в лечебное учреждение (поликлиника, стационар, при вызове скорой помощи) сообщать медицинскому работнику.

Задача № 29

На прием к врачу обратилась мать с ребенком четырех месяцев, у которого имелись высыпания на коже щек, сопровождающиеся зудом.

Ребенок болен в течение двух недель. Начало заболевания мать связывает с введением прикорма, после которого на следующий день появились высыпания на щеках. Ребенок родился от первой беременности, в срок. Находился на естественном вскармливании до 4 месяцев. У матери отмечался токсикоз в первой половине беременности; употребляла в больших количествах цитрусовые, шоколад. Страдает бронхиальной астмой, медикаментозной аллергией.

Локальный статус. Кожа щек гиперемирована, слегка отечна. Границы эритемы нечеткие, имеются множественные мелкие папулы, везикулы, эрозии, из которых на поверхность выступают небольшие капли серозного экссудата; на правой щеке - корочки и чешуйки.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.

3. Составьте план обследования.

4. Назначьте лечение.

Ответ к задаче № 29

1. Атопический дерматит, экзематозная форма.

2. Дифференцировать с истинной экземой, микробной, токсикодермией.

3. Консультация педиатра-гастроэнтеролога.

4. В лечении следует предусмотреть гипоаллергенную диету матери, питание ребенка гипоаллергенными смесями, антигистаминные препараты, ферменты, сорбенты, адвантан.

НЕЙРОДЕРМАТОЗЫ

Задача № 30

Женщина 55 лет жалуется на интенсивный зуд кожи в течение последних 3 месяцев. Зуд связывает с нервными стрессами. Антигистаминные и седативные препараты не приносят облегчение. По назначению дерматолога получала наружно мазь бензил-бензоат. Ранее заболеваний кожи не было. Страдает повышенным весом. Последний год отмечает повышенную жажду и сухость во рту. В анамнезе миома матки, регрессирующая на фоне менопаузы.

Локальный статус: на коже туловища распространенные эксфолиации.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

2. Укажите возможные причины зуда у данной больной.

3. Составьте план обследования больной.

4. Назначьте лечение больной.

5. Уточните прогноз.

Ответ к задаче № 30

1. Генерализованный кожный зуд.

2. Возможные причины зуда: сахарный диабет, заболевания крови, онкопатология внутренних органов, хроническая почечная недостаточность, нервные стрессы.

3. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, кровь на сахар, гликозилированный гемоглобин, ИФА на паразитозы; УЗИ гениталий, УЗИ органов брюшной полости; консультация терапевта.

4. Прием антигистаминных препаратов, наружно – ГКС мази (элоком, афлодерм, момат), взбалтываемые смеси с анестезином, ментолом. Главное – лечение соответствующей соматической патологии.

5. Прогноз зависит от выявленной причины зуда.

ЗАБОЛЕВАНИЯ С НЕВЫЯСНЕННОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ

Задача № 31

На прием к врачу обратился больной 25 лет с жалобами на высыпания на коже предплечий и внутренней поверхности бедер, нестерпимый зуд кожи.

Считает себя больным около 2 недель. Внезапно появились высыпания красного цвета на коже предплечий и бедер, сопровождающиеся интенсивным зудом. Самостоятельно принимал супрастин по 1-ой таблетке 3 раза в день. Свое заболевание связывает со стрессом. В анамнезе хронический гастрит с частыми рецидивами.

Локальный статус: на коже сгибательной поверхности предплечий, кистей и внутренней поверхности бедер имеются полигональные папулы, плоские, с блестящей поверхностью, синюшно-красного цвета с центральным западением. Отдельные папулы сливаются с образованием небольших бляшек, на фоне которых заметны переплетающиеся полоски. На слизистой полости рта по линии смыкания зубов – белесоватые папулезные элементы. Имеются кариозные зубы. Лимфоузлы не увеличены.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.

3. Назначьте лечение. Укажите меры профилактики данного заболевания.

Ответ к задаче № 31

1. Типичная форма красного плоского лишая.

3. Токсидермия, псориаз, вторичный сифилис (папулезные сифилиды).

3. Исследование крови на сахар. Лечение заболеваний ЖКТ. Медикаментозное лечение: доксициклин ; делагил, затем перерыв 2 дня, гипосенсибилизирующая терапия (тиосульфат натрия в/в 30% по 10 мл 1 раз в день), антигистаминные препараты - супрастин, диазолин, фенкарол, зиртек, гормональные препараты (преднизолон, дексаметазон, дипроспан). Местное лечение: топические ГКС (мазь «Элоком» 1 раз в день).

Лазеротерапия - гелий-неоновый лазер (при торпидности к регенерирующей терапии).

Задача № 32

На прием к врачу дерматологу из стоматологической поликлиники направлен больной 46 лет, с жалобами на высыпания в полости рта, на коже волосистой части головы, туловища, конечностей.

Считает себя больным в течение месяца. Первые высыпания появились на волосистой части головы, затем на разгибательной поверхности конечностей, туловище и в полости рта, нижних конечностях. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отец и старшая сестра страдают подобным заболеванием. Сопутствующее заболевание – хронический холецистит, кариес зубов.

Локальный статус. В полости рта на слизистой губ и щек папулезные высыпания округлой формы, слегка возвышающиеся над окружающей слизистой с четкими границами, серовато-белого цвета с розовым ободком вокруг. На коже волосистой части головы, туловища и разгибательной поверхности конечностей монотипные папулезные высыпания ярко-красного цвета, округлой формы размерами от 0,3 до 2,5 см в диаметре, с серебристым шелушением в центре и ярко-красным ободком по периферии. Симптом Аусшпица положительный. Патогистологически – паракератоз, акантоз, папилломатоз.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.

3. Назначьте лечение и укажите профилактику данного заболевания.

Ответ к задаче № 32

1. Псориаз вульгарный, прогрессирующая стадия.

2. Дифференцировать псориаз необходимо: с токсикодермиями, атопическим дерматитом, рубромикозом, микроспорией, трихофитией, фавусом, себорейным дерматитом, красным плоским лишаем, папулезным сифилисом; в полости рта – с красным плоским лишаем, лейкоплакией, вторичными сифилидами.

3. Общие принципы лечения: лекарственные средства с дезинтоксикационным и десенсибилизирующим действием (тиосульфат натрия, кальция глюконат); антигистаминные препараты (зиртек, кларитин).

Системные ретиноиды (PASI > 20, неэффективность других методов).

Фототерапия (СФТ, ПУВА-терапия, эксимерный лазер); сочетание ФХТ с ретиноидами (Ре-ПУВА-терапия) и гепатопротекторами. Цитостатики (при неэффективности других методов, злокачественном течении). ГКС системного действия (эритродермия, крайне тяжелые случаи).

Препараты для местного применения:

- прогрессирующая стадия: индифферентные, увлажняющие, кератопластические мази; мази, содержащие ГКС, комбинированные мази и производные витамина D₃ (дипросалик, элоком, скин-кап, дайвобет, дайвонекс и др.).

- стационарная и регрессирующая стадии: мази с кератолитическим и рассасывающим действием более высокой концентрации (элоком С).

ВИРУСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Задача № 33

На прием к врачу обратился мужчина 40 лет, с жалобами на высыпания в левом углу рта, а также на слизистой неба и нижней десны слева. Беспокоит головная боль, общее недомогание и чувство жжения в области высыпаний. 4 дня назад после переохлаждения больной почувствовал озноб, недомогание, расстройство сна, через 3 дня на коже в углу рта появилось покраснение, а затем несколько пузырьков с прозрачным содержимым, через день подобные высыпания появились и в полости рта. Появления высыпаний сопровождалось чувством жжения и покалывания.

Локальный статус. На коже лица у левого угла рта и в области над левым глазом имеются сгруппированные пузырьки диаметром от 1 до 3 мм, расположенные на фоне ограниченной эритемы и отека, содержимое пузырьков серозное. В полости рта на фоне отечной и гиперемированной слизистой оболочки видны эрозии с неправильными мелкофестончатыми очертаниями. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Укажите возможные осложнения заболевания. Уточните, консультации каких специалистов необходимы больному.
4. Назначьте лечение.

Ответ к задаче № 33

1. Опоясывающий лишай.
2. Дифференцировать с простым пузырьковым лишаем, красным плоским лишаем, токсикодермией.
3. Вторичная инфекция. Необходима консультация невролога.
4. Ацикловир 800 мг 5 раз 7-10 дней; индометацин по 25 мг 3 раза в день 2-3 недели; циклоферон ампулы по 125 мг/мл 5 амп по 2 мл; наружно мазь ацикловир, гель панавир, анилиновые красители.

Задача № 34

На консультацию дерматологу направлен мужчина с жалобами на болезненные высыпания на коже груди, повышение температуры тела, недомогание.

Считает себя больным в течение нескольких дней, когда после резкого переохлаждения появились пузырьки на правой половине грудной клетки, сопровождающиеся повышением температуры тела, общей слабостью. В течение последних трех дней приступообразно возникли новые высыпания, болезненность резко усилилась.

Локальный статус. На правой половине грудной клетки с переходом на правую лопатку по ходу межреберных нервов на фоне отечной эритематозной кожи сгруппированные пузырьки с серозным содержимым, эрозии, серозные корочки.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите этиологию.
3. Укажите методы диагностики данного заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
5. Составьте план лечения больного.

Ответ к задаче № 34

1. Опоясывающий лишай (Herpes zoster).
2. Заболевание вызывает нейротропный фильтрующийся вирус, который по антигенной структуре сходен с вирусом ветряной оспы или идентичен ему. Развитие опоясывающего лишая – результат реактивации латентного вируса после перенесенной в детстве ветряной оспы. Его причины - соматические заболевания, инфекции, переохлаждения, лучевое воздействие.

3. Диагностика основывается на клинической картине и вирусологическом исследовании. Иммуноферментный анализ – ИФА. Современным методом выявления вируса является ПЦР.

4. Дифференциальная диагностика данного заболевания: с простым пузырьковым лишаем, с красным плоским лишаем, токсикодермиями.

5. Лечение: ацикловир 800 мг 5 раз в день 5-10 дней. Индометацин 0,025 мг 3 раза в день 2-3 недели, циклоферон - ампулы 125 мг/мл, в/м по 2 мл, 5 амп, или генферон – ректальные свечи № 7- 10. Вит группы В. Ацикловир мазь, анилиновые красители.

Задача № 35

На прием к врачу обратилась мать с ребенком 8 лет, с жалобами на высыпания на коже тыла кистей и лице. Иногда беспокоит незначительный зуд.

Первые высыпания на коже рук появились три месяца назад. Сначала это были единичные элементы, затем их становилось больше, а недавно мама заметила высыпания на лице. Из перенесенных заболеваний, со слов матери, частые респираторные заболевания.

Локальный статус. На коже тыла кистей, подбородка, правой щеки и красной кайме губ имеются телесного цвета, безболезненные, возвышающиеся над уровнем кожи узелки размером от 0,1 до 0,3 см в диаметре, с плоской поверхностью.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Уточните этиологию заболевания.
4. Эпидемиология заболевания.
5. Составьте план лечения больного.

Ответ к задаче № 35

1. Плоские бородавки.
2. Вульгарные бородавки, контагиозный моллюск.
3. Вирус папиллом человека.
4. Передача при непосредственном контакте или через предметы.
5. Гипнотерапия. Деструктивные методы: лазеродеструкция, криодеструкция, радиоволновой метод. Витаминотерапия.

Задача № 36

На прием к врачу обратился мужчина 36 лет. Жалуется на высыпания, появившиеся на кистях без субъективных ощущений. Высыпания появились примерно год тому назад. Больной пытался удалить их уксусной эссенцией, но они вновь возникали, сливаясь и увеличиваясь в размерах.

Локальный статус. На коже кистей имеются множественные плотные, безболезненные серого и телесного цвета узелки, возвышающиеся над поверхностью кожи от 0,2 до 1,0 см в диаметре. На крупных, длительно существующих папулах сосочковые разрастания с ороговением на поверхности.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Укажите этиологию заболевания.
4. Уточните эпидемиологию заболевания.
5. Назначьте лечение.

Ответ к задаче № 36

1. Вульгарные бородавки.
2. Плоские бородавки, контагиозный моллюск.
3. Вирус папиллом человека.
4. Передача при непосредственном контакте или через предметы. Возможен также внутриутробный или интранатальный путь заражения.
5. Деструктивные методы: лазеродеструкция, криодеструкция, радиоволновой метод; солкодерм, ферезол, колломак. Местные цитотоксические средства. Иммунокоррекция. Обследовать на ВИЧ, ВПЧ - ПЦР высокого онкогенного риска.

Задача № 37

На прием к врачу обратилась мать с девочкой 4 лет, с жалобами на высыпания на коже живота и рук. Субъективных жалоб не предъявляет.

Впервые эти высыпания мама заметила три недели назад, их количество постоянно увеличивалось. Пробовали лечиться самостоятельно, смазывая элементы бриллиантовой зеленью, результатов данное лечение не дало. Подобные высыпания имеются еще у нескольких детей, посещающих ту же группу в детском саду.

Локальный статус. На коже рук и живота расположены до двух десятков узелков – плотных, цвета нормальной кожи с перламутровым оттенком, размером от 0,1 до 0,5 см в диаметре, полушаровидной формы с кратерообразным вдавлением в центре. При надавливании пинцетом из узелка выделяется кашицеобразная масса.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Уточните этиологию заболевания.
4. Назначьте лечение.

Ответ к задаче № 37

1. Контагиозный моллюск.
2. Вульгарные бородавки, плоские бородавки.
3. Возбудитель – ортопоксвирус.
4. Механическое удаление. Возможны криодеструкция, электрокоагуляция.

Задача № 38

На прием к врачу обратился мужчина 36 лет, с жалобами на высыпания в левом углу рта, а также на слизистой неба и нижней десны слева. Беспокоит головная боль, общее недомогание и легкое чувство жжения в области высыпаний.

Заболевание развилось на фоне нервного стресса. Первоначально на коже в углу рта появилось покраснение, а затем несколько пузырьков с прозрачным содержимым. Через день подобные высыпания появились и в полости рта. Подобные высыпания были год назад.

Локальный статус. На коже лица у левого угла рта имеются сгруппированные пузырьки с серозным содержимым. В полости рта за зоной Клейна на фоне отечной и гиперемированной слизистой оболочки эрозии с неправильными мелкофестончатыми очертаниями. Слизистая зева гиперемирована. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Этиология и эпидемиология данного заболевания.
4. Назначьте лечение.
5. Дайте рекомендации больному после клинического выздоровления.

Ответ к задаче № 38

1. Простой герпес.
2. Опоясывающий герпес. Стрептококковое импетиго.
3. Вирус простого герпеса. Проникает через травмированную кожу/слизистые при прямом контакте с больным/вирусоносителем, инфекционным материалом, половым, воздушно-капельным путем, трансплацентарно.

4. Антивирусные препараты системные и местные (группа ацикловира), анилиновые красители.

5. Избегать провоцирующих факторов. Поливалентная противогерпетическая вакцина.

Задача № 39

На прием к врачу обратился мужчина 52 лет с жалобами на высыпания в виде пузырьков на лице и слизистой полости рта. Беспокоят недомогание, озноб, повышение температуры до 38,5 С.

Заболел две недели назад после сильного переохлаждения на работе. Первые дни чувствовал недомогание, озноб, головную боль, боль в ухе справа, затем поднялась температура и на коже лица (правой половине) на фоне покраснения появились пузырьки с прозрачным содержимым. Эти пузырьки быстро сохлись. Через два дня снова поднялась температура до 38, 5^oC, а на коже лица и в полости рта появились новые пузырьки. Больной отмечает частые простудные заболевания в течение года.

Локальный статус. Кожа правой половины лица гиперемирована, отечна; на этом фоне располагаются тесно сгруппированные напряженные пузырьки с серозным содержимым, величиной от 2 до 4мм в диаметре. Кроме того, имеются ярко-красного цвета эрозии с фестончатыми краями на месте вскрывшихся пузырьков и серозно-геморрагические корочки. Веки правого глаза отечны. В полости рта на слизистой правой щеки и на языке на резко отечном и гиперемированном фоне эрозии с мелкофестончатыми очертаниями. Отдельные эрозии покрыты плотным, фибринозным налетом.

Задания:

- 1.Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
- 3.Составьте план обследования.
- 4.Назначьте лечение.
- 5.Дайте рекомендации больному после клинического выздоровления.

Ответ к задаче № 39

- 1.Опоясывающий герпес.
- 2.Простой герпес. Стрептококковое импетиго.
- 3.ИФА, ПЦР на герпес-вирус.
- 4.Антивирусные препараты системные и местные (группа ацикловира), анилиновые красители. НПВП. Анальгетики. Витамины группы В. Полоскания. Эпителизирующие средства местно.
- 5.Избегать провоцирующие факторы. Поливалентная противогерпетическая вакцина. Иммунокоррекция.

Задача № 40

На прием к врачу обратилась женщина с жалобами на высыпания в области бедра в течение недели. Заболела остро, процесс быстро прогрессирует. На фоне покраснения появились пузыри, присоединились резкая болезненность. Больная страдает хроническим лейкозом.

Локальный статус. На коже бедра на фоне эритемы и отечности видны множественные пузыри с геморрагическим содержимым. Высыпания носят сгруппированный и сливной характер, расположены линейно по ходу нервных окончаний.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
- 3.Укажите возбудителя данного заболевания.
- 4.Назначьте лечение.
- 5.Укажите меры профилактики заболевания

Ответ к задаче № 40

- 1.Опоясывающий лишай, геморрагическая форма.
- 2.Простой герпес, стрептококковое импетиго.
- 3.Вирус опоясывающего лишая.
- 4.Антивирусные препараты системные и местные, анилиновые красители. НПВП. Анальгетики. Витамины группы В.
- 5.Иммунокоррекция. Лечение лейкоза у гематолога.

АУТОИММУННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Задача № 41

На прием к врачу обратилась больная 32 лет, жительница села, с жалобами на высыпания красного цвета на коже лица, красной кайме губ, сопровождающиеся чувством жжения и покалывания.

Высыпания на коже лица появились в мае месяце после длительного пребывания на солнце и медленно прогрессируют, лечилась самостоятельно - примочки с раствором фурациллина и противовоспалительные мази, но эффекта от лечения не было.

Локальный статус. Патологический процесс локализуется на коже переносицы и щек (в виде бабочки), а также на губах и подбородке. Представлен инфильтрированными эритематозными бляшками, на поверхности которых плотно сидящие роговые чешуйки, после удаления которых на их нижней поверхности обнаруживаются шипики. Положительный симптом Бенъе - Мещерского. В центре бляшек имеет место рубцовая атрофия, по периферии очагов - телеангиэктазии. На слизистой оболочке щеки отмечается лейкоплакия, а на красной кайме губ ограниченный отек с опухолевидным утолщением и трещинами, в центре очагов видно западение.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
4. Назовите группу заболеваний, к которой относится данная патология.
5. Назначьте лечение больной. Рекомендации больной после клинического выздоровления.

Ответ к задаче № 41

1. Эритематоз (красная волчанка).
2. Кровь на LE-клетки, биопсия.
3. Фотодерматоз, розацеа.
4. К группе аутоиммунных заболеваний.
5. Гормонотерапия, иммунодепрессанты (плаквенил, или делагил), фотозащитные мази. Ограничение инсоляции. Профилактические курсы лечения в начале весны. Диспансерное наблюдение у дерматолога. Обследование у нефролога/ревматолога 1-2 раза в год.

НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ

Задача № 42

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

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

Локальный статус. Процесс ограничен красной каймой нижней губы, представлен язвой приблизительно 1 x 2 см, с бородавчатыми разрастаниями по периферии. Края язв неровные, подрытые, дно покрыто серовато-желтыми корочками, неровное. При пальпации вокруг язвы определяется инфильтрат. Подчелюстные лимфатические узлы величиной с вишню, плотной консистенции, малоподвижные.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите специалистов, которых необходимо привлечь для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
4. Составьте план обследования..
5. Составьте план лечения и реабилитационных мероприятий.

Ответ к задаче № 42

1. Рак губы.
2. Онколог, гистолог.
3. Базалиома, кератоакантома, первичный сифилис, эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая и дискоидной красной волчанки.
4. Патогистологическое исследование.
5. Хирургическое иссечение, лучевая терапия.

Задача № 43

На прием к врачу обратилась больная 65 лет, пенсионерка, с жалобами на наличие язвы на верхней губе, сопровождающейся выраженной болезненностью.

Заболела 5 месяцев назад, когда на верхней губе на месте рубца после ожога образовалась язвочка. Сразу обратилась к врачу. Был поставлен диагноз герпес и назначена мазь «Зовиракс». Эффекта от лечения не было. К врачу больная больше не обращалась, занималась самолечением (облепиховое масло, масло шиповника). Постепенно язва увеличилась в размерах, усилилась боль, увеличились подчелюстные лимфатические узлы слева. Больная вновь обратилась к врачу.

Локальный статус: на красной кайме верхней губы слева кратероподобная язва с плотным дном и валикообразными, зазубренными краями. В центре язвы некротическая корка, отделяемое серозно-кровянистое, на дне грязновато-серые, легко кровоточащие грануляции. Подчелюстной лимфатический узел слева увеличен до размеров крупного грецкого ореха, малоподвижен, болезнен.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Уточните, каких специалистов необходимо привлечь для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения и реабилитационных мероприятий.

Ответ к задаче № 43

1. Рак губы.
2. Онколог, патоморфолог.
3. Первичный сифилис, эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая и дискоидной красной волчанки, бородавчатый предрак.
4. Патогистологическое исследование.
5. Лечение в онкодиспансере. План и объем лечения определяет онколог.

ДЕРМАТОЗООНОЗЫ

Задача № 44

На прием к детскому дерматологу обратилась мать с грудным ребенком. Ребенок заболел 2 недели назад, когда появились высыпания пузырьков на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся сильным зудом. Педиатром диагностирован аллергический дерматит и назначено лечение (тавегил и адвантан). Положительного эффекта от лечения не наблюдалось. Ребенок постоянно беспокоится по ночам из-за интенсивного зуда, плачет, прерывисто спит. Два дня назад появились гнойнички на кистях и стопах, сопровождающиеся подъемом температуры до 38°С.

Локальный статус: кожный процесс носит распространенный характер с преимущественной локализацией на животе, кистях и стопах, включая ладони и подошвы. На пораженных участках парные и одиночные узелковые и пузырьковые высыпания, кровянистые корочки, экскориации, обилие пустул, окруженных воспалительным венчиком. У матери также отмечается зуд и при осмотре - на животе, руках, межпальцевых складках парные папуло-везикулы.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите этиологию заболевания и пути передачи.
3. Укажите особенности клинических проявлений данного заболевания у детей.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
5. Назначьте лечение.

Ответ к задаче № 44

1. Чесотка, осложненная вульгарным импетиго.

2. Возбудитель - чесоточный клещ *Sarcoptes scabiei hominis*, являющийся внутрикожным паразитом человека. Источник инфекции больной человек, заражение происходит: при непосредственном контакте или опосредованно (через предметы, одежду, постельное белье, которыми пользовался больной). У взрослых заражение возможно при половом контакте.

3. У детей кожа тонкая, поэтому происходит обсеменение. Высыпания локализуются на волосистой части головы, ладонях и подошвах, поражаются ногтевые пластинки, роговица глаза, кожа особенно кистей и стоп, с множеством чесоточных «ходов». В силу дефицита иммунитета детского организма, возможны осложнения пиодермией.

4. Дифференцировать с чесоткой животных (от животных, птиц), которые кусают кожу человека, но не паразитируют в ней; чесоткой зерновой - вызывается пузатым клещом, обитающим в прелой соломе; атопическим дерматитом.

5. Раствор бензил-бензоата 10 % - наносить по 10 минут 2 раза в день Мытье (утро, вечер) со сменой белья.

Спрегаль аэрозоль – однократно, не мыть кожу 16 часов, через 4 дня повторить лечение. Серная мазь 5%.

Задача № 45

Больной, студент ВУЗа жалуется на зудящие высыпания в течение 2 недель. Зуд преимущественно вечером. Живет в общежитии.

Локальный статус: в области живота, груди, гениталий, внутренней поверхности рук обильные папуло-везикулы; имеется тенденция к сдвоенному их расположению; множество экскориаций.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Укажите, в чем заключается работа в эпидочаге.

Ответ к задаче № 45

1. Чесотка.

2. Возбудителя можно обнаружить методом контактной биомикроскопии кожи, дерматоскопией.

3. Кожный зуд.

4. Мазь бензилбензоат 20%, мифокс, спрегаль – на выбор.

5. Осмотр контактов, профилактическое лечение; средство А-ПАР для обработки помещения, предметов и верхней одежды; стирка белья, проглаживание горячим утюгом.

Задача № 46

К дерматовенерологу обратился мужчина 35 лет с жалобами на умеренный зуд в области лобка и подмышечных впадин. Больным себя считает около месяца. Не лечился, за медицинской помощью не обращался. Соматически здоров. Холост, на протяжении года имел 3 половых партнерш.

Локальный статус: в области лобка, подмышечных впадин серовато-бурые точки у корней волос, на волосах белые плотные гниды. Кроме того, в этой же локализации видны мелкие серовато-голубоватые пятна.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Эпидемиологию заболевания.
3. Назначьте лечение.
4. Уточните, какую работу необходимо провести в эпидочаге.

Ответ к задаче № 46

1. Педикулез лобковый (фтириаз).

2.Заражение при половом контакте, или через белье и постельные принадлежности.

3.Волосы сбрить, вымыть кожу с мылом. 20% эмульсия/мазь бензилбензоата, «Лонцид», «Ниттифор», 5% серная или дегтярная мази.

4.Осмотр всех половых контактов и при необходимости – лечение.

Задача № 47

К дерматовенерологу обратилась женщина с сыном 6 лет с жалобами на умеренный зуд в области бровей. Мать заметила поражение бровей и ресниц неделю назад. Ребенок соматически здоров. Женщина воспитывает ребенка одна. Из-за работы (работает в ночном клубе) часто оставляет ребенка на ночь с подругой.

Локальный статус: в области ресниц, бровей серовато-бурые точки у корней волос, на волосах белые плотные гниды.

Задания:

1.Поставьте и обоснуйте диагноз.

2. Эпидемиологию заболевания.

3.Уточните, с каким заболеванием необходимо провести дифференциальную диагностику.

4.Назначьте лечение.

5.Уточните, какую работу необходимо провести в эпидочаге.

Ответ к задаче № 47

1.Педикулез в области ресниц, бровей.

2.Заражение через постельные принадлежности.

4.10% эмульсия/мазь бензилбензоата, 5% серная или дегтярная мази.

4.Осмотр контактов и при необходимости – лечение.

ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

(Диагностика, лечение, профилактика)

Задача 48

У мужчины 30 лет выявлен вторичный сифилис. Источник заражения – знакомая женщина. Больной женат, имеет дочь 2 лет.

Задания:

1.Назначьте лечение.

2.Определите тактику дерматовенеролога по отношению к источнику заражения.

3.Назовите правила вручения вызова источнику заражения.

4.Укажите способ сообщения жене о заболевании мужа.

5.Определите тактику по отношению к жене и дочери.

Ответ к задаче № 48

1.Лечение согласно клиническим рекомендациям.

2.Вызвать источник заражения через профилактический отдел диспансера.

3.Приглашение на прием следует вручить лично в руки.

4.Согласно правам человека, жена должна знать о заболевании мужа, так как она подлежит обследованию и лечению. Сообщить об этом может сам пациент, или врач, соблюдая при этом правила этики.

5.Жену и дочь обследовать и провести им соответствующее лечение согласно клиническим рекомендациям.

Задача № 49

У мужчины диагностирован сифилис вторичный. Имеет стабильную партнершу. Через профилактический отдел приглашение вручено родителям женщины.

Задания:

1.Определите тактику в отношении пациента.

2.Уточните ошибку работника профилактического отдела.

3.Назовите статью, которую нарушил работник профилактического отдела.

4.Перечислите статьи, регламентирующие права граждан при оказании медико-социальной помощи.

5. Назовите документ, который должен подписать больной при назначении лечения.

Ответ к задаче № 49

1. Назначить амбулаторное лечение.
2. Приглашение следует вручать лично в руки.
3. Статью 61 - Врачебная тайна Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.
4. Статья 30. Права пациента.
Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья.
Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство.
Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства.
Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан.
5. Лист информированного и добровольного согласия.

Задача № 50

В стационар кожно-венерологического диспансера поступил больной, шофер, 26 лет, с жалобами на наличие высыпаний в области туловища, половых органов, ануса и стоп, осиплость голоса, выпадение волос.

Из анамнеза установлено, что больной ведет беспорядочную половую жизнь, считает себя больным в течение 3-х месяцев, когда на наружном листке крайней плоти появились две безболезненные язвы 1×1 см. Больной страдает алкоголизмом, ведет аморальный образ жизни, все половые связи в нетрезвом состоянии, лечил язвы самостоятельно присыпками и 5% настойкой йода. Через два месяца появились мацерированные узелки в области ануса, мошонки, паховых складок, межпальцевых промежутках и сводах стоп, затруднение при ходьбе.

При осмотре: на туловище обильная, розового цвета розеолезная сыпь сгруппированная в кольца, полукольца, слегка шелушится. На волосистой части головы множество очагов алопеции с диффузным поредением волос височной области. В области ануса, паховых складок и мошонки мокнущие, широкие кондиломы. На сводах стоп и межпальцевых промежутках застойно-красного цвета папулы с мацерированной поверхностью.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте лечение.
5. Уточните прогноз в отношении роста волос.

Ответ к задаче № 50

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых.
3. Алопеция очаговая, диффузная.
4. Кровь на РМП, РПГА, ИФА, ВИЧ.
5. Лечение сифилиса по схеме.
6. Сифилитическое облысение регрессирует.

Задача № 51

Мужчина 31 года обратился в кожно-венерологический диспансер с жалобами на высыпания на ладонях и подошвах, увеличение паховых лимфатических узлов.

Из анамнеза известно, что больной страдает периодическими запоями, ведет беспорядочную половую жизнь, имеет двоих детей. У трехлетней дочери на нижней губе незаживающая безболезненная язвочка. У больного кровь на РМП (4+). У дочери кровь на РМП (1+).

Локальный статус: на наружном листке крайней плоти рубчик 0,5×5 см, на туловище яркая, обильная розеолезная сыпь. На боковой поверхности туловища розеола сгруппирована в кольца, полукольца с шелушением. На ладонях и подошвах застойно-красного цвета папулы, в области стоп (III, IV межпальцевых промежутках) мацерированные, белесоватые папулы. Увеличены паховые лимфатические узлы до

размеров крупного боба, безболезненные, плотноэластической консистенции, подвижные, кожа над ними не изменена.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте лечение.
5. Уточните план диспансерного наблюдения.

Ответ к задаче № 51

1. Сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек.
2. Токсикодермия, розовый лишай Жибера, розеола при других инфекциях. Псориаз ладоней и подошв, микоз стоп.
3. Серологические реакции на сифилис: ИФА IgM, IgG, РПГА. Обследовать дочь, жену и провести им соответствующее лечение согласно клиническим рекомендациям.
4. Лечение антибиотиками согласно клиническим рекомендациям.
5. Клинико-серологический контроль согласно клиническим рекомендациям.

Задача № 52

У женщины 36 недель беременности. При обследовании – РМП положительная (2+). Пациентке предстоит плановое кесарево сечение в 38 недель. Объективный статус без патологии. В анамнезе: серологические тесты на сифилис в 12 недель (РМП, ИФА) – отрицательные, в 24 недели (РМП, ИФА) – отрицательные. Замужем. Обследование мужа – РМП отрицательная, объективный статус – без особенностей. Случайные половые связи муж и жена отрицают.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите дополнительные методы серологического исследования на сифилис.
3. Уточните тактику действий в отношении беременной женщины.
4. Уточните тактику действий в отношении будущего ребёнка.
5. Укажите предположительный патогенез данного состояния.

Ответ к задаче № 52

1. Ложноположительная серологическая реакция нетрепонемного теста.
2. Повторно – РМП и проведение комплекса подтверждающих (трепонемных) серологических тестов: ИФА IgM, IgG, РПГА.
3. Специфическое лечение не показано, через 2 недели после родов – повторить обследование матери.
4. Обследование новорожденного ребенка: в первые 2-3 дня жизни – консультация дерматовенеролога.
5. В основе нетрепонемных тестов (РМП) – выявление в крови пациента антител против бледной трепонемы с использованием антигенов нетрепонемного происхождения (кардиолипиновый антиген); липоидный антиген широко распространен в природе (в организме пациента могут образовываться антитела к этому антигену – реактины – например, при беременности и некоторых других состояниях организма).

Задача № 53

На прием к врачу обратился мужчина, 54 лет, с жалобами на боль при движении в области коленного сустава, наличие долго не заживающей язвы.

Болен 4 месяца. Заболевание началось с появления плотных безболезненных образований. Затем на поверхности одного образовалась язва. Занимался самолечением, эффекта не было, появились новые язвы. Пять лет назад отмечал наличие сыпи на туловище, которая самопроизвольно исчезла. В этот период РМП была положительная, от дальнейшего обследования отказался.

Локальный статус: на коже голени и дистальной части бедра располагаются несколько сливающихся между собой язв 15×20 см, окруженные гиперемированным венчиком. Язвы округлой формы с глубоким дном и ровными краями. Часть язв покрыта корками. Основание язв плотно - эластической консистенции.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Составьте план обследования.
4. Наметьте план лечебных мероприятий.
5. Перечислите рекомендации больному после клинического выздоровления.

Ответ к задаче № 53

1. Сифилис третичный (гуммозные сифилиды).
2. Трофическая язва, раковая язва, язвенная форма ангиита, вульгарная эктима, хроническая язвенная пиодермия, лейшманиоз, глубокий микоз.
3. Серологические реакции на сифилис ИФА IgM, IgG, РПГА. Консультации терапевта, окулиста, невропатолога, ЛОР - специалиста на предмет специфических поражений.
4. При подтверждении диагноза сифилис и при отсутствии нейросифилиса и висцерального сифилиса - лечение антибиотиками в стационаре согласно клиническим рекомендациям. При наличии специфических поражений внутренних органов/нервной системы – вопрос о месте лечения больного решать индивидуально в зависимости от тяжести процесса.
5. Клинико-серологический контроль согласно клиническим рекомендациям. Консультирование по правилам безопасного секса, стабильное половое партнерство.

Задача № 54

Из родильного зала в палату патологии новорожденных доставлен ребенок. Ребенок беспокойный, плачет, сильно сопит носом. Шумное дыхание слышно на расстоянии. Температура тела 37°C.

Ребенок от 2-ой беременности, родился в срок. Мать в женской консультации не наблюдалась.

Кожные покровы ребенка бледные. Большая голова, выступают лобные и затылочные бугры. Обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. Вокруг рта, на губах и подбородке сгруппированные папулы застойно красного цвета. Большой живот, выраженная венозная сеть на передней брюшной стенке. На коже ладоней и подошв пузыри величиной с горошину с серозным содержимым. В основании плотный инфильтрат. Единичные пузыри имеются на ягодицах и внутренней поверхности бедер. Вокруг ануса мокнущие папулы.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите этиологию и эпидемиологию данного заболевания.
3. Уточните, какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
4. Перечислите, какие специалисты должны проконсультировать ребенка.
5. Проведите дифференциальную диагностику проявлений данного заболевания.

Ответ к задаче № 54

1. Ранний врожденный сифилис: сифилитическая пузырьчатка, диффузная папулезная инфильтрация Гохзингера и сифилитический ринит - экссудативная стадия, олимпийский лоб, гепатоспленомегалия, «голова медузы» - что настораживает на декомпенсацию печеночной недостаточности с последующим переходом в цирроз печени, ягодицеобразный череп.

2. Возбудитель - *Treponema pallidum* - это спирохета, принадлежащая к порядку Spirochaetales, семейство Spirochaetaceae, роду Treponema. Бледная трепонема может превращаться в цисты (споры), фильтрующую форму, L-формы, зернистые формы и полимембаранные фагосомы.

3. Врожденный сифилис - системное заболевание. Бледные трепонемы проникают в организм плода через пупочную вену, лимфатические щели пупочных сосудов, с материнской кровью через поврежденную плаценту, начиная с 10-й недели беременности. Обычно заражение происходит на 4—5 мес. беременности.

Обнаружение *Treponema pallidum* в материале из очагов поражения, лимфатических узлов, амниотической жидкости, ликвора; темнопольная микроскопия. Реакция пассивной гемагглютинации РПГА, иммуноферментный анализ ИФА IgM, IgG.

4. Консультации невролога, лор-специалиста, окулиста, гастроэнтеролога, педиатра.

5. Сифилоподобное импетиго; стафилококковый пемфигус; врожденный буллезный эпидермолиз; вирусные гепатиты.

Задача № 55

Больной К. 9 лет направлен в кожно-венерологический диспансер для обследования. Мальчик из школы–интерната. При профилактическом осмотре выявлена позитивная серологическая реакция на сифилис - РМП 4+.

Специальный статус. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки свободны от высыпаний. Периферические лимфоузлы не пальпируются. По свободному режущему краю передних верхних резцов имеются дефекты твердых тканей в виде полулунных выемок. Между верхними резцами диастема Гаше. Верхние клыки в виде «щучьих зубов» с острым режущим свободным краем. Слух снижен.

Результаты серологических исследований в стационаре: РМП отрицательная; ИФА IgG положительная, IgM отрицательная, РПГА положительная. Реакция ВИЧ отрицательная.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите этиологию и патогенез данного заболевания.
3. Объясните результаты серологических реакций.
4. Уточните специалистов, консультации которых необходимы больному.
5. Укажите поражения органов и систем, которые возможны в данном случае.

Ответ к задаче № 55

1. Поздний врожденный сифилис. У больного имеются 2 достоверных признака из трёх диагностических: зубы Гетчинсона; лабиринтная глухота. Стигмы: верхние клыки в виде «щучьих зубов». Диагноз необходимо подтвердить серологически.

2. Врожденный сифилис возникает в результате попадания бледной трепонемы от больной матери через плаценту плоду. Инфицирование может произойти как в случае заболевания матери до зачатия, так и на разных стадиях беременности. Бледные трепонемы проникают в организм плода через пупочную вену или по лимфатическим пупочным сосудам а также трансплацентарно. Патологические изменения в органах и тканях плода возникают на 5-6-м месяце гестации. Проявления позднего врожденного сифилиса возникают у ребенка старше 2 лет.

3. РМП отрицательная: реакция недостаточно специфичная, не является диагностически подтверждающей. ИФА IgG положительная, IgM отрицательная: свидетельство позднего врожденного сифилиса. РПГА положительная: реакция высоко специфичная и чувствительная.

4. ЛОР – специалист для подтверждения лабиринтной глухоты с помощью аудиограммы или камертона №128. Окулист - для диагностики специфического кератита (бельмо), хориоретинита (на глазном дне симптом «нюхательного табака» или «соли с перцем»). Невролог – для исключения менингита, энцефалита. Педиатр.

5. Специфический гонит, протекает в виде хронического синовита коленных суставов. Вовлекаются локтевые и голеностопные суставы. Остеопериоститы и периоститы, гуммозные остеомиелиты, остеосклероз. Характерно разрушение кости в сочетании с процессами гиперплазии. Вследствие воспалительных явлений происходит усиленный рост кости. Симметричное поражение длинных трубчатых костей, в основном большеберцовых с развитием «саблевидных голеней» (*tibia syphilitica*), что диагностируется как последствие перенесенного в грудном возрасте сифилитического остеохондрита.

В результате перенесенного сифилитического насморка отмечается недоразвитие костной или хрящевой частей носа, возникают характерные деформации носа. Ягодицеобразный череп. Дистрофические поражения зубов.

Радиальные рубцы Робинзона – Фурнье вокруг углов рта, губ, на подбородке. Рубцы в области ягодиц, ануса. Поражение нервной системы: умственная отсталость, расстройство речи, гемиплегия, гемипарезы, спинная сухотка, джексоновская эпилепсия. Специфические ретиниты.

Задача № 56

Больной 38 лет обратился к дерматовенерологу в поликлинику с целью обследования на венерические заболевания. Жалоб не предъявляет. Не женат; практикует бисексуальные половые контакты, постоянного полового партнера нет. Последняя половая связь была 7 дней назад с мужчиной ректально. Год назад с профилактической целью обследовался в центре АнтиСПИД на сифилис, ИППП, ВИЧ, результаты были отрицательными. Антибиотики в течение последних 2 лет не принимал. Аллергологический анамнез не отягощен.

Локальный статус: при осмотре наружных половых органов и кожных покровов патология не выявлена. Лимфатические узлы не увеличены. РМП положительная, титр 1:4.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Уточните необходимое обследование данному больному.
3. Перечислите меры, которые необходимо провести в эпидемиологическом очаге.
4. Дайте определение сифилису скрытому раннему.
5. Назначьте лечение.

Ответ к задаче № 56

1. Скрытый сифилис ранний.
2. Серологические реакции на сифилис (ИФА IgM, IgG с определением ОП, РПГА). Обследование на ИППП, ВИЧ-инфекцию. Обследование прямой кишки, anoscopy. Консультации терапевта, окулиста, невролога, лор-специалиста на предмет специфического поражения.

3. При подтверждении диагноза серологически - обследовать половых партнеров при наличии данных для розыска; провести им соответствующее лечение.

4. Скрытый сифилис ранний – сифилис (приобретенный) без клинических проявлений с положительной серологической реакцией и отрицательной пробой спинномозговой жидкости, давностью менее двух лет после заражения.

5. При отсутствии специфического поражения внутренних органов и нервной системы – амбулаторное лечение, согласно клинических рекомендаций.

Задача № 57

Мужчина А. 2 недели назад имел половую связь с женщиной, страдающей первичным сифилисом. В анамнезе венерических заболеваний нет. В течение последнего года антибиотики не принимал.

Задания:

1. Укажите тактику венеролога в отношении данного мужчины.
2. Уточните, в каких случаях проводится превентивное лечение.
3. Назначьте лечение.
4. Укажите, какой вариант наиболее предпочтителен согласно клиническим рекомендациям.
5. Укажите тактику дальнейшего ведения пациента.

Ответ к задаче № 57

1. Провести осмотр, обследовать РМП, РПГА, ИФА IgM, IgG; гепатит В, С; взять мазки по Граму.

2. Превентивное лечение проводится лицам, находившимся в тесном бытовом или половом контакте с больными ранними формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев.

3.Превентивное лечение - бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ед. 2 раза в сутки ежедневно в течение 7 дней или бициллин-3 либо бициллин-5. 4.Наиболее предпочтительной является однократная инъекция бензатин бензилпенициллина (согласно клиническим рекомендациям).

5.После проведения превентивного лечения пациент подлежит однократному клинико-серологическому обследованию через 3 месяца после окончания лечения.

Задача № 58

На прием обратился больной 35 лет с жалобами на наличие безболезненной язвы в области уздечки полового члена. Язва появилась четыре дня назад, безболезненная. Обработывал мазью “Гиоксизон”, присыпкой, без должного эффекта. Принял внутрь один грамм сумамеда. Больной холост, во время частых поездок за рубеж (в том числе в страны с тропическим климатом) имеет случайные половые связи.

Локальный статус. В области уздечки и венечной борозды справа язва 1,0×0,5 см, ярко-красного цвета, с плотным безболезненным инфильтратом у основания, округлая с ровными краями и лакированным дном. Пальпируется справа лимфоузел до 2 см, плотно-эластичный, безболезненный, явления лимфангита, кровь на РМП (4+).

Задания:

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
- 3.Составьте план обследования.
- 4.Назначьте лечение.
- 5.Укажите план диспансерного наблюдения.

Ответ к задаче № 58

- 1.Сифилис первичный.
- 2.Шанкриформная пиодермия, эрозивно-язвенный баланопостит, раковая язва, мягкий шанкр, тропические трепонематозы (фрамбезия, беджель, пинта), донованоз (гранулема венерическая).

3.Серологические реакции на сифилис с определением титра (РПГА, ИФА IgM, IgG); серологические реакции с липидными антигенами (при фрамбезии). Обследование на бледную трепонему, возбудителей тропических трепонематозов,

4.При подтверждении диагноза сифилис первичный - согласно клиническим рекомендациям.

5.Клинико-серологический контроль согласно клиническим рекомендациям.

Задача № 59

В кожно - венерологический диспансер обратился мужчина 27 лет, как половой контакт больной с вторичным рецидивным сифилисом. При осмотре выявлена язва в области головки полового члена.

Месяц назад появилась язва в области головки полового члена, безболезненная, лечил травмами, без должного эффекта. Две недели назад отмечает увеличение паховых лимфатических узлов справа. К врачу не обращался, по поводу перенесенной ангины принял 6 таблеток бисептола. Больной безработный, разведен, злоупотребляет алкоголем, ведет беспорядочную половую жизнь. В анамнезе пребывание в местах лишения свободы.

Локальный статус: на головке полового члена глубокий язвенный дефект овальной формы с черным, некротизированным дном, плотным, безболезненным инфильтратом у основания. Паховые лимфоузлы увеличены, плотно-эластические, подвижные, безболезненные, кожа над ними не изменена. Кровь на РМП (3+), ИФА (4+), РПГА положительная. В мазках обнаружены трихомонады.

Задания:

- 1.Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
- 3.Назначьте лечение.
4. Тактика при лечении больных сифилисом с сопутствующими ИППП.
- 5.Укажите план последующего диспансерного наблюдения.

Ответ к задаче № 59

1. Сифилис первичный (фагеденический шанкр). Трихомониаз.

2. Шанкриформная пиодермия, язвенный баланопостит, раковая язва, тромбофлебит Мондора, мягкий шанкр, олеогранулема с распадом.

3. Лечение в стационаре трихопол по 500 мг 2 раза в сутки 7 дней. Одновременно бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая по 1 млн ед. в/м каждые 4 часа ежедневно в течение 20 дней.

4. При выявлении у больного сифилисом урогенитальных инфекций их лечение проводят параллельно с лечением сифилиса.

5. Клинико-серологический контроль после окончания специфического лечения осуществляется 1 раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения и 1 раз в 6 месяцев в последующие годы с постановкой НТТ; 1 раз в год - с постановкой соответствующего ТТ, который использовался при диагностике заболевания. Больные ранними формами сифилиса, имевшие до лечения положительные результаты РМП, должны находиться на КСК до негативации серологических НТТ, а затем еще в течение 6-12 месяцев (в течение которых необходимо провести 2 обследования). Длительность КСК определяется индивидуально в зависимости от результатов лечения.

Задача № 60

У больного А. на коже мошонки и вокруг ануса единичные папулы синюшного цвета величиной с мелкую горошину, поверхность части из них эрозирована. В углах рта мокнущие папулы. Волосы на волосистой части головы диффузно поредели. РМП (4+). У его половой партнерши С. на коже туловища обильная мелкая розеолезная сыпь. На задней спайке больших половых губ – эрозия овальной формы мясо-красного цвета. Полиаденит, особенно увеличены паховые лимфоузлы. Они подвижны, безболезненны. Больная С. не переносит пенициллин. Половая связь с А. в течение трех месяцев.

Задания:

1. Поставьте диагноз пациентам и обоснуйте.
2. Уточните, кто из больных является источником заражения.
3. Проведите дифференциальную диагностику папулезной и пятнистой сыпи.
4. Назначьте лечение больным.
5. Уточните последующее диспансерное наблюдение.

Ответ к задаче № 60

1. Больной А. - вторичный сифилис кожи и слизистых (вторичный рецидивный). Больная С. - вторичный сифилис кожи и слизистых (вторичный свежий).

2. Больной А. - источник заражения.

3. Папулы дифференцировать с псориазом, сифилоподобным импетиго, остроконечными кондиломами, с заедами пиококкового и кандидозного характера. Розеолу на туловище дифференцировать с розеолой при других инфекционных заболеваниях, розовым лишаем Жибера, токсикодермией.

4. Больным. провести амбулаторное лечение согласно клинических рекомендаций.

5. Клинико-серологический контроль после окончания специфического лечения осуществляется 1 раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения и 1 раз в 6 месяцев в последующие годы с постановкой НТТ, 1 раз в год - с постановкой соответствующего ТТ, который использовался при диагностике заболевания. Больные ранними формами сифилиса, имевшие до лечения положительные результаты РМП (RPR), должны находиться на КСК до негативации серологических НТТ, а затем еще в течение 6 - 12 месяцев (в течение которых необходимо провести 2 обследования). Длительность КСК определяется индивидуально в зависимости от результатов лечения.

Задача № 61

К проктологу обратилась больная 17 лет с жалобами на незначительную болезненность при акте дефекации в течение 2 дней. Проктолог назначил сидячие ванночки с отваром ромашки, смазывание мастью левомеколь. Через 2 недели на коже туловища появились пятнистая сыпь. При осмотре на слизистой ануса видна язва удлиненной формы, размером 0,8-0,2 см, с ровными плотноватыми краями. На коже туловища обильная розеола; полиаденит.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите, какие исследования необходимо было провести проктологу.
3. Уточните, в чем ошибка проктолога.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.

Ответ к задаче № 61

1. Сифилис вторичный кожи и слизистых.
2. Необходимо серологическое обследование: РМП (реакция микропреципитации).
3. При обращении больной к проктологу сифилис был первичным - язвенный твердый шанкр в области ануса (врачом-проктологом сделана диагностическая ошибка). Направить к венерологу.

4. Язву в области ануса дифференцировать с трещиной, осложненной вторичной инфекцией, раковой язвой, травматической язвой.

Розеолу дифференцировать с розеолой при других инфекционных заболеваниях, токсикодермией.

Задача № 62

На прием к дерматологу обратилась больная 27 лет, с жалобами на выпадение волос на голове, бровях.

Выпадение волос заметила 3 недели назад. Волосы выпадают очагами. Кроме этого, на коже туловища имеется сыпь, которая не исчезает уже около четырех недель. Выпадение волос и высыпания на коже ни чем не связывает. Сопутствующих заболеваний не имеет.

Локальный статус: На коже волосистой части головы в области затылка и висков имеются многочисленные мелкие очаги поредения и выпадения волос, округлых очертаний без воспалительных явлений и шелушения в них. Ресницы разрежены, различной длины. Отсутствие волос в латеральной части бровей. На коже туловища – немногочисленные, крупные папулезные высыпания.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
3. Укажите дополнительные исследования, необходимые провести для установления окончательного диагноза.
4. Наметьте план лечебно-профилактических мероприятий.

Ответ к задаче № 62

1. Сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек.
2. На туловище дифференцировать с псориазом, красным плоским лишаем. На волосистой части головы дифференцировать с очаговой алопецией, микозом.

3. Серологические реакции на сифилис: РМП, ИФА IgM, IgG, РПГА.

4. Лечение антибиотиками и клинико-серологический контроль согласно клинических рекомендаций. Выявление эпидемиологического анамнеза, обследование и лечение источника заражения и половых партнеров.

Задача № 63

На прием к венерологу обратился пациент с жалобами на выделения из уретры. Болен 3 дня. Неделю назад была половая связь с женщиной, имя которой скрывает. При осмотре выявлена гиперемия головки полового члена и гнойные выделения. Первая порция мочи мутная, вторая прозрачная. Органы мошонки без патологии. В мазках обнаружены гонококки. При работе с пациентом присутствует медицинская сестра.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Обследование эпидемиологического очага.
4. Дайте рекомендации после излечения.

Ответ к задаче № 63

1. Свежий острый передний гонорейный уретрит.

- 2.Лечение согласно клиническим рекомендациям 2012 г.
- 3.Выявить половые контакты.
- 4.Рекомендации по правилам безопасного секса.

Задача № 64

В кожно-венерологический диспансер обратился молодой человек с острым уретритом. При обследовании выявлена острая свежая гонорея. Пациент живет активной половой жизнью с различными женщинами, в том числе с женщинами коммерческого секса; при этом презервативами пользуется редко.

Задания:

- 1.Назначьте лечение.
- 2.Уточните тактику дерматовенеролога по отношению к контактам больного.
- 3.Укажите способ вручения вызова половым контактам.
- 4.Уточните стадию изменения поведения, на которой находится пациент.
- 5.Дайте рекомендации пациенту после излечения.

Ответ к задаче № 64

- 1.Лечение согласно клиническим рекомендациям.
- 2.Выяснить все половые контакты; вызвать их через профилактический отдел диспансера.
- 3.Приглашение на прием следует вручить лично в руки.
- 4.Пациент находится на начальной стадии, так как он не задумывается о последствиях своей половой активности.
- 5.Пациенту следует дать информацию о различных ИППП, ВИЧ-инфекции, гепатиту С и правилах безопасного секса.

Задача № 65

Мужчина 38 лет страдает рецидивирующими пузырьковыми высыпаниями в области полового члена в течение 2 лет. Процесс носит упорный хронический характер, плохо поддается лечению.

Задания:

- 1.Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2.Составьте план обследования.
- 3.Назовите специалиста, в консультации которого нуждается больной.
- 4.Назначьте лечение больному.

Ответ к задаче № 65

- 1.Рецидивирующий генитальный герпес.
- 2.Общеклинические лабораторные исследования, кровь на ВИЧ, гепатиты.
- 3.Консультация иммунолога.
- 4.Ацикловир по схеме, иммунокоррекция с подачи иммунолога. Местно – анилиновые красители, мазь ацикловир, гель панавир; субэритемные дозы УФО.

Задача № 66

У больного через семь дней после половой связи с женщиной появились обильные гнойные выделения из уретры, рези при мочеиспускании. Спустя три дня стал отмечать боли в области правого коленного сустава. При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, выделения свободные, гнойные; сустав увеличен в размере, кожа гиперемирована, при активном движении болезненность. Больной холост.

Задание:

- 1.Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2.Составьте план обследования.
- 3.Уточните, как обозначить диагноз по МКБ-10.
- 4.Назначьте лечение.
- 5.Уточните тактику дальнейшего ведения пациента.

Ответ к задаче № 66

- 1.Свежий острый гонорейный уретрит. Гонорейный артрит.
- 2.Мазки по Граму, ВИЧ, РМП, ИФА на гепатит В и С, общий анализ крови, мочи, рентгенография сустава, консультация терапевта.

3.А 54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта.

А 54.4 Гонококковая инфекция костно-мышечной системы.

4.Лечение в круглосуточном стационаре: цефтриаксон или цефотаксим или спектиномицин. Курс 14 дней. Дезинтоксикационная терапия. Аскорбиновая кислота. Нестероидные противовоспалительные препараты. На сустав - УЗ.

5.Контроль через 2 и 14 дней после окончания лечения. Наблюдение терапевта.

Задача № 67

К венерологу обратился мужчина с жалобами на умеренные выделения из уретры, ощущение дискомфорта.

При осмотре: губки уретры гиперемированы, умеренные выделения жидкие слизисто-гнойного характера. Яички, придатки, семенной канатик без патологии. В мазках по Грамму обнаружены трихомонады, диплококки, лейкоциты 8-10 в поле зрения.

Задания:

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Составьте план обследования пациента.
- 3.Назначьте лечение больному.
- 4.Уточните тактику дальнейшего ведения пациента.

Ответ к задаче № 67

1.Подострый трихомонадный уретрит.
2.Посев на гонококки, исследование на другие ИППП (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы), ВИЧ, РМП, ИФА, на гепатит В и С, общий анализ крови, мочи, 2-стаканная проба Томпсона.

3.Метронидазол внутрь 7 дней, или тинидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней. При отсутствии других возбудителей ИППП, антибиотики не назначать.

4.Контроль через 14 дней после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования дальнейшему наблюдению не подлежит.

Задача № 68

На прием к дерматовенерологу обратился молодой человек с жалобами на повышение температуры до 39С, резкие боли в области яичка. Из анамнеза известно, что в течение нескольких месяцев отмечал боль, и выделения слизисто - гнойного характера из мочеиспускательного канала. Не лечился.

Объективно: гиперемия и отек мошонки справа, склеивание отверстия уретры гнойным отделяемым. В мазках по Граму обнаружены гонококки. Холост, имеет постоянную половую партнершу.

Задания:

- 1.Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2.Назовите дополнительные методы обследования больного и его партнерши.
- 3.Назначьте лечение.
- 4.Укажите план последующего наблюдения.

Ответ к задаче № 68

1.Острый гонорейный эпидидимит.

2.Лабораторная диагностика мужчине - на ИППП (посев, ПИФ, ИФА, ПЦР), ВИЧ, РМП, ИФА на гепатит В и С, общий анализ крови, мочи. Женщине - осмотр на кресле, УЗИ органов малого таза, диагностика на ИППП (микроскопия, посев, ПИФ, ИФА, ПЦР), ВИЧ, РМП, ИФА на гепатит В и С, общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови.

3.Лечение пациента в условиях стационара: цефтриаксон, дифлюкан, аутогемотерапия. Ношение суспензория, местно УВЧ/УЗ, компресс с ихтиоловой мазью + кетанол мазь 1:1.

4.Контроль проводится через 14 дней (культуральным методом) после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

Задача № 69

Женщина жалуется на умеренные выделения из половых путей в течение года. Кроме того, больная отмечает межменструальные кровянистые выделения, болезненность во время половых контактов, зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании.

Лечение антибиотиками пенициллинового ряда неэффективно. При осмотре выявлена картина вульвовагинита и уретрита.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Уточните, какое обследование необходимо провести.
3. Назначьте лечение.
4. Укажите, как проводится контроль излеченности.

Ответ к задаче № 69

1. Данная картина наиболее характерна для урогенитального хламидиоза.
2. Молекулярно-биологические методы - ПЦР. Микробиологическое исследование - выделение чистой культуры возбудителя.
4. Препараты выбора: Доксициклина моногидрат, азитромицин, джозамицин в течение 7 дней.
5. Установление излеченности на основании культурального метода исследования через 14 дней после окончания лечения.

При отрицательных результатах наблюдение прекратить.

Задача № 70

У больного через семь дней после половой связи с посторонней женщиной появились обильные гнойные выделения из уретры, рези при мочеиспускании. Спустя три дня стал отмечать боли в области правого коленного сустава.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, выделения свободные, жидкие; сустав увеличен в размере, кожа гиперемирована, при активном движении болезненность. В мазках обнаружены типичные бобовидной формы тельца со жгутиками, ундулирующей мембраной.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
4. Уточните, где должен лечиться больной.
5. Дайте рекомендации больному после излечения.

Ответ к задаче № 70

1. Острый трихомонадный уретрит.
2. ВИЧ, РМП. На гепатиты В, С. Обследование на гонорею, хламидиоз, микоплазмоз.
4. Лечение в стационаре по схеме согласно клиническим рекомендациям.
5. Консультирование по вопросам безопасного секса. Диспансерный учет у венеролога. Повторная консультация терапевта.

Задача № 71

Мужчина 35 лет обратился к венерологу по поводу умеренных выделений из уретры пенистые преимущественно слизистого характера, зуд в уретре.

Половая связь с незнакомой женщиной 10 дней назад.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Укажите, какой этиологии бывают венерические уретриты.
4. Назовите препараты для лечения трихомониаза.

Ответ к задаче № 71

1. Острый трихомонадный уретрит.
2. Мазки по Граму, Соскоб на хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, нативный препарат на трихомонады.
3. Гонорея, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, вирусы, кандидоз.
4. Трихопол, тиберал, орнидазол.

Задача № 72

К дерматологу обратилась женщина 18 лет с высыпаниями по всему кожному покрову. Субъективно - резкая болезненность здоровой и пораженной кожи. Состояние тяжелое.

Заболевание началось через 5 дней после приема лекарственных препаратов - антибиотиков, салицилатов и полосканий, назначенных по поводу ангины. Заболевание сопровождалось повышением температуры тела до 38,5⁰– 40⁰С. Повышению температуры предшествовали продромальные явления в виде сонливости, недомогания, рвоты, головной боли, боли и ломоты костей и мышц. Затем на коже появилась уртикарная сыпь, сопровождающаяся зудом. Наряду с волдырями появились красные пятна и пузыри.

Локальный статус. Процесс носит распространенный характер, поражен почти весь кожный покров. На фоне диффузной, болезненной эритемы располагается большое количество дряблых пузырей. Содержимое пузырей серозное, определяется положительный симптом Никольского. При прикосновении и слабом трении кожи происходит отслойка эпидермиса. Эпидермис сморщивается под пальцами (симптом “смоченного белья”) легко оттягивается, а затем отторгается с образованием обширных, болезненных, кровоточащих при дотрагивании эрозий. Кожа имеет вид “ошпаренной кипятком”. В отдельных местах между “ошпаренными” участками сыпь, похожа на элементы многоформной экссудативной эритемы. В патологический процесс вовлечены слизистые оболочки полости рта, конъюнктивы, носоглотки, гениталий.

Задания:

- 1.Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
- 3.В какое отделение должна быть госпитализирована больная.
- 4.Назначьте лечение.

Ответ к задаче № 72

- 1.Синдром Стивенса-Джонсона.
- 2.С синдромом Лайела.
- 3.В реанимационное аллергологическое отделение больницы.
- 4.Системные ГКС, плазмаферез, энтеросорбенты, гипосенсибилизирующие, симптоматические препараты.

Задача № 73

В реанимацию поступила девочка 5 лет с жалобами на головную боль, повышение температуры тела до 39⁰С, рвоту, жидкий стул, боли в суставах и мышцах, высыпания пузырей на коже и слизистой полости рта.

Заболела остро, поднялась температура до 38⁰С, появились боли в горле. Педиатром была диагностирована катаральная ангина, по поводу которой девочка получила аспирин и полоскание зева настоем ромашки. На следующий день начались рвота, понос, боли в суставах и мышцах, появились высыпания крупных пузырей на коже туловища и слизистой рта. Пузыри легко вскрывались при малейшем прикосновении одежды, обнажая обширные кровоточащие эрозии.

При осмотре: кожный процесс носит генерализованный характер. На фоне эритематозной и отечной кожи туловища и конечностей обилие дряблых пузырей и эрозий. Содержимое пузырей серозно-геморрагическое. Эрозии кровоточат. Эпидермис отслаивается. Резко положительный симптом Никольского.

Задания:

- 1.Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2.Укажите причину и механизм развития данного заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать.
- 4.Составьте план лечения.
- 5.Дайте рекомендации после выписки.

Ответ к задаче № 73

- 1.Синдром Лайелла (син. острый эпидермальный некролиз, токсический эпидермальный некролиз).

2.Этиология и патогенез данного заболевания.

Ведущую роль в развитии заболевания отводят лекарственным препаратам (сульфаниламидам, анальгетикам, антибиотикам, противосудорожным, противовоспалительным, противотуберкулезным). Сроки развития синдрома Лайелла после приема лекарств колеблется от 1 часа до 6-7 суток и более. Имеет значение наследственная предрасположенность к аллергии. В анамнезе этих больных наблюдались аллергические реакции на лекарства. Летальный исход наступает в 25-75% случаев синдрома Лайелла.

3.Дифференциальная диагностика данного заболевания: с синдромом Стивенса-Джонсона.

4.Госпитализация в реанимационное детское отделение с проведением срочно экстракорпоральной гемосорбции и плазмафереза (не менее 2-3 сеансов).

Поддержание водного, электролитного и белкового баланса - 70-80 мл/кг массы тела в сутки. Реополиглюкин на физрастворе в/венно капельно или гемодез 10-15 мл на кг массы тела. Кортикостероиды (преднизолон) 2-3 мг/кг в/венно капельно на физрастворе (NaCl 0,9%). Микроэлементы – аспаркам или панангин внутрь. Гипербарическая оксигенация (для ускорения репарации кожи и слизистых). Полоскания слизистой рта (шалфей, ромашка). Наружно: адвантан, (эмульсия, крем), цинковое 10% масло. Для слизистой рта - облепиховое масло, аекол, масло шиповника.

5.Исключить прием салицилатов.

3.2. Критерии и шкалы оценивания.

Текущий контроль по дисциплине

Оценивание обучающегося на занятиях осуществляется в соответствии с локальным актом университета (положением), регламентирующим проведение текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся и организации учебного процесса с применением балльно-рейтинговой системы оценки качества обучения.

Шкала оценивания тестовых заданий

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«отлично»	90-100
«хорошо»	66-89
«удовлетворительно»	50-65
«неудовлетворительно»	0-49

Оценивание практико-ориентированных заданий (ситуационные задачи):

Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи:

5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями преподавателя; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности

пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

Оценивание практико-ориентированных заданий (мануальные практические навыки):

Критерии оценки выполнения практических навыков:

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями; все действия обосновываются с уточняющими вопросами преподавателя;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии преподавателя; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» – затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Форма промежуточной аттестации 8 семестр — Зачет.

На промежуточной аттестации обучающийся оценивается– зачтено; не зачтено.

Результат обучения по дисциплине считается достигнутым при получении обучающимся оценки «зачтено» по каждому из контрольных мероприятий, относящихся к данному результату обучения.

Критерии оценки образовательных результатов обучающихся на зачете по дисциплине

Качество освоения ОПОП - рейтинговые баллы	Оценка зачета (нормативная) в 5-балльной шкале	Уровень достижений компетенций	Критерии оценки образовательных результатов
--	--	--------------------------------	---

90-100	Зачтено	Высокий (продвинутый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обладавший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 90-100.</p> <p>При этом, на занятиях, обучающийся исчерпывающе, последовательно, чётко и логически стройно излагал учебно-программный материал, умел тесно увязывать теорию с практикой, свободно справлялся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, предусмотренные программой. Причем обучающийся не затруднялся с ответом при видоизменении предложенных ему заданий, правильно обосновывал принятое решение, демонстрировал высокий уровень усвоения основной литературы и хорошо знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «отлично» выставляют обучающемуся, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значение для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
66-89	Зачтено	Хороший (базовый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обладавший осознанное (твёрдое) знание учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 66-89.</p> <p>На занятиях обучающийся грамотно и по существу излагал учебно-программный материал, не допускал существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применял теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владел необходимыми навыками и приёмами их выполнения, уверенно демонстрировал хороший уровень усвоения основной литературы и достаточное знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «хорошо» выставляют обучающемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

50-65	Зачтено	Достаточный (минимальный)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обладавший минимальные (достаточные) знания учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 50-65.</p> <p>На занятиях обучающийся демонстрирует знания только основного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной работы, слабое усвоение деталей, допускает неточности, в том числе в формулировках, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий и работ, знакомый с основной литературой, слабо (недостаточно) знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой.</p> <p>Как правило, оценку «удовлетворительно» выставляют обучающемуся, допускавшему погрешности в ответах на занятиях и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
Менее 50	Не зачтено	Недостаточный (ниже минимального)	<p>НЕ ЗАЧТЕНО выставляется обучающемуся, который не знает большей части учебно-программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы на занятиях и самостоятельной работе.</p> <p>Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся продемонстрировавшего отсутствие целостного представления по дисциплине, предмете, его взаимосвязях и иных компонентов.</p> <p>При этом, обучающийся не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.</p> <p>Компетенции, закреплённые за дисциплиной, сформированы на недостаточном уровне или не сформированы.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«зачтено»	60-100
«незачтено»	0-59