

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ФАКУЛЬТЕТ Дерматовенерология

Оценочные материалы

по дисциплине **Трихология**

Специальность **31.08.32 Дерматовенерология**

1. Форма промежуточной аттестации экзамен в соответствии с рабочей программой дисциплины Дерматовенерология.
2. Вид промежуточной аттестации- экзамен.
3. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной или в формировании которых участвует дисциплина
- 4.

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК 6	Способен к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями.

5. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК 1	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования Задания на дополнения	75 с эталонами ответов

Тестовый контроль:

1. Для дефицита витаминов группы В характерно всё, кроме

- а) дистрофии волос
- б) пеллагры
- в) дистрофии ногтей
- г) глосситов
- д) стоматитов

Эталон ответа: в

2. Корень волоса состоит из всего перечисленного, кроме

- а) сосочка волоса
- б) волосяной луковицы, шейки волоса
- в) наружного корневого влагалища
- г) внутреннего корневого влагалища
- д) кутикулы волоса

Эталон ответа: д

3. Корень волоса состоит из всего перечисленного, кроме

- а) сосочка волоса
- б) волосяной луковицы, шейки волоса
- в) наружного корневого влагалища
- г) внутреннего корневого влагалища
- д) кутикулы волоса

Эталон ответа: б

4. Наиболее типичная локализация высыпаний при красном плоском лишае

- а) лицо
- б) волосистая часть головы
- в) ладони и подошвы
- г) сгибательная поверхность предплечий
- д) разгибательная поверхность предплечий

Эталон ответа: д

5. Наиболее типичная локализация высыпаний при красном плоском лишае

- а) лицо
- б) волосистая часть головы
- в) ладони и подошвы
- г) сгибательная поверхность предплечий
- д) разгибательная поверхность предплечий

Эталон ответа: д

6. Излюбленная локализация высыпаний при листовидной пузырчатке

- а) слизистые оболочки
- б) туловище
- в) складки
- г) волосистая часть головы, лицо
- д) грудь

Эталон ответа: г

7. Для себорейной экземы характерно все перечисленное, кроме:

- а) локализации очагов поражения на волосистой части головы, заушных складок
- б) локализации дерматоза в области грудины, межлопаточной области
- в) наличия жирных желтовато-серых рыхлых чешуек
- г) локализации на коже ладоней и подошв

Эталон ответа: г

8. Для стафилококкового импетиго характерно

- а) появление на коже мелких пустул, пронизанных в центре волосом
- б) наличие воспалительного венчика по периферии пустул
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

Эталон ответа: в

9. При наружном лечении пиодермии необходимо применить все перечисленное, кроме

- а) дезинфекции кожи в очаге
- б) дезинфекции кожи вокруг очага
- в) бритья волос
- г) удаления корок
- д) дезинфекции белья

Эталон ответа: в

10. Для стафилококковых пиодермий характерно

- а) гнойнички плоские, дряблые
- б) гнойнички напряженные, конической или полушаровидной формы
- в) поражение сально-волосяных фолликулов и потовых желез
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Эталон ответа: б

11. Симптомами стрептококковых пиодермий являются

- а) гнойнички плоские, дряблые
- б) гнойнички напряженные, конической или полушаровидной формы
- в) поражение сально-волосяных фолликулов и потовых желез
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Эталон ответа: а

12. При вульгарном сикозе назначается

- а) УВЧ
- б) повязка с чистым ихтиолом
- в) анилиновые красители
- г) эпиляция волос
- д) все перечисленное, кроме а и б

Эталон ответа: д

13. Для клинической картины микроспории волосистой части головы характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- а) эритемы
- б) чешуек
- в) корок
- г) обломанных волос на одном уровне
- д) рубцов

Эталон ответа: д

14. Для фавуса характерно все перечисленное, кроме

- а) наличия корок (скутул)
- б) ломкости волос и образования папул
- в) рубцов

- г) атрофии волос
- д) поражения ногтевых пластинок

Эталон ответа: г

15. Для микроспории гладкой кожи характерно все перечисленное, кроме

- а) эритемато-сквамозных очагов
- б) нечетких границ и быстрого самопроизвольного разрешения
- в) пузырьков по краю очагов
- г) шелушения
- д) вовлечения в процесс пушковых волос

Эталон ответа: б

16. Клинические особенности инфильтративно-нагноительной трихофитии включают все перечисленное, кроме

- а) симптома "медовых сот"
- б) рубца
- в) лимфаденита
- г) обломанных волос с усиленным ростом по периферии очагов
- д) единичных очагов

Эталон ответа: г

17. Для глубокой трихофитии характерно все перечисленное, кроме

- а) общего недомогания, повышения температуры
- б) наличия островоспалительного инфильтрата
- в) симптома "медовых сот"
- г) хронического течения
- д) самопроизвольного разрешения

Эталон ответа: а

18. Зоофильная трихофития отличается под микроскопом от антропофильной

- а) наличием спор эндотрикса
- б) наличием спор эктотрикса
- в) наличием в волосе мицелия
- г) правильно 1 и 2
- д) ничего из перечисленного

Эталон ответа: б

19. К трихомикозам относится все перечисленное, кроме

- а) актиномикоза
- б) фавуса
- в) трихофитии
- г) микроспории
- д) микроспории, вызванной ржавым микроспорумом

Эталон ответа: а

20. При диагностике микозов используются все перечисленные лабораторные методы, кроме

- а) микроскопии пораженных волос и чешуек кожи
- б) культуральной диагностики
- в) мазков-отпечатков с очагов поражения
- г) гистологического исследования
- д) люминесцентной диагностики

Эталон ответа: в

21. К дерматофитам, флюоресцирующим при свете Вуда, относятся

- а) все те, которые способны поражать волосы
- б) только вида микроспории
- в) только вида трихофитии
- г) микроспорум собачий
- д) все перечисленные

Эталон ответа: б

22. Основными клиническими разновидностями хронической трихофитии являются

- а) эритематозная
- б) черноточечная, атрофическая
- в) трихофитийные гуммы
- г) скутулярная
- д) атрофическая

Эталон ответа: б

23. Волосы обламываются высоко на 5-8 мм от уровня кожи

- а) при поверхностной трихофитии
- б) при микроспории
- в) при фавусе
- г) при трихофитии инфильтративно-нагноительной
- д) при алопеции

Эталон ответа: б

24. К заболеваниям, вызываемым антропофильными грибами, относятся все перечисленные, кроме

- а) микроспории, вызванной ржавым микроспорумом
- б) поверхностной трихофитии
- в) глубокой трихофитии
- г) фавуса
- д) рубромикоза

Эталон ответа: в

25. В комплекс лечения микроспории входят

- а) наружные средства
- б) витаминотерапия
- в) антигистаминные препараты

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

Эталон ответа: д.

Задание 1

Скорость роста волос обусловлена митотической активностью _____ клеток

Эталон ответа: матрикса

Задание 2

Наполнение волос пигментом происходит в _____

Эталон ответа: матричных клетках

Задание 3

Для оценки состояния кожи волосистой части головы используют метод _____

Эталон ответа: дерматоскопии, метод лазерной доплеровской флуометрии

Задание 4

Для составления диагностической трихографии необходимо исследовать _____

Эталон ответа: 50 волос

Задание 5

Основной патогенеза гнездной алопеции являются _____

Эталон ответа: органоспецифическое аутоиммунное заболевание с поражением волосяных фолликулов, формирующееся при потере фолликулами иммунной толерантности _____

Задание 6

В норме процентное соотношение анагеновых и телогеновых волос на волосистой части головы должно составлять _____ %

Эталон ответа: 85/15%

Задание 7

Наиболее тяжелой клинической формой гнездной алопеции является _____

Эталон ответа: универсальная форма

Задание 8

Гипоаллергенная диета может назначаться больным _____

Эталон ответа: экземой, атопическим дерматитом

Задание 9

При болезни Дюринга целесообразно _____

Эталон ответа: исключение из рациона продуктов, приготовленных из злаков

Задание 10

К препаратам, блокирующим H₂-гистаминовые рецепторы, относится _____

Эталон ответа: циметидин

Задание 11

Местные аллергические реакции немедленного типа – это _____

Эталон ответа: феномен Артюса - Сахарова (ягодичная реакция)

Задание 12

Экскреция лекарств с высоким молекулярным весом производится в основном _____

Эталон ответа: желчной системой

Задание 13

Гиперкератоз - это утолщение _____

Эталон ответа: рогового слоя

Задание 14

Гипертрофия эпидермиса - это утолщение _____

Эталон ответа: всех слоев кожи, кроме базального

Задание 15

Вторичными элементами, появляющимися после нарушения целостности только эпидермиса, являются

Эталон ответа: эрозия

Задание 16

Гранулез - это утолщение _____

Эталон ответа: зернистого слоя

Задание 17

Пролонгирование инкубации сифилиса наблюдается при _____

Эталон ответа: приеме антибиотиков

Задание 18

Вторичный период сифилиса наступает от момента заражения спустя _____

Эталон ответа: 2-3 месяца

Задание 19

Для сифилитического склераденита характерно _____

Эталон ответа: плотно-эластическая консистенция

Задание 20

Наиболее тяжелой клинической формой гнездной алопеции является _____

Эталон ответа: универсальная форма

Задание 21

Ранний врожденный сифилис устанавливают с оценкой _____

Эталон ответа: рентгенографии длинных трубчатых костей

Задание 22

Для диагностики врожденного сифилиса рентгенография проводится в сроки _____

Эталон ответа: до 3-х месяцев

Задание 23

Признаки позднего врожденного сифилиса _____

Эталон ответа: паренхиматозный кератит

Задание 24

Для позднего врожденного сифилиса характерны _____

Эталон ответа: лабиринтная глухота

Задание 25

Инкубация при сифилисе _____

Эталон ответа: 3-5 недель

Задание 26

Разновидности сифилитических папул _____

Эталон ответа: широкие кондиломы

Задание 27

Не характерная для твердого шанкра локализация _____

Эталон ответа: стенки влагалища

Задание 28

Период от появления шанкра до положительной RW _____

Эталон ответа: 2-4 недели

Задание 29

Для первичного сифилиса не характерны _____

Эталон ответа: розеолезная сыпь

Задание 30

Исследования для подтверждения диагноза сифилиса _____

Эталон ответа: нативных препаратов в темном поле

Задание 31

Задача 1. У пациентки, обратившейся на прием к гинекологу, в области преддверия влагалища и заднего прохода имеются массивные дольчатые образования, представляющие собой множественные сосочковые разрастания. Поверхность их мацерирована, имеет белый цвет, местами эрозирована, при надавливании кровоточит.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Какова тактика обследования и лечения больной?

Эталон ответа:

Остроконечные кандиломы. Дифференциальный диагноз проводят с вторичным сифилисом. Лечение – имиквимод, подофиллотоксин. Криодеструкция, полофиллин, трихлоруксусная кислота, иссечение, монополярная электрокоагуляция, лазерная терапия.

Задание 32:

Мужчина 30 лет обратился к дерматологу с жалобами на высыпания в правом углу рта. При осмотре: в правом углу рта – трещина, уплотненная в основании, на коже туловища - розеола, на ладонях и подошвах – шелушащиеся папулы застойно-красного цвета. Из анамнеза: Около двух месяцев назад обнаружил на нижней губе твердое образование размером с горошину, также были увеличены подчелюстные лимфатические узлы. К врачу не обращался. Половые связи с женщинами за последний год категорически отрицает.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Подтвердите диагноз у данного больного.

Эталон ответа:

Сифилис вторичный рецидивный.

В углу рта – заеда другой этиологии (кандидозная, стрептококковая, арибофлавинозная); на коже: розеола - с токсикодермией, отрубевидным лишаем, розовым лишаем, с высыпаниями при брюшном и сыпном тифе, укусами лобковых вшей, мраморностью кожи; папулы – с псориазом. 1 – исследовать кровь на сифилис; 2 – конфронтация.

Задание 33

В кожно-венерологический диспансер обратилась женщина 24 лет с жалобами на «перхоть» на коже волосистой части головы, выпадение волос и высыпания в аногенитальной области. Самостоятельно пациентка лечилась шампунем «Низорал» в течение 2х недель, улучшения не наблюдалось. При осмотре дерматовенеролог обнаружил красные ленткулярные папулы по краю волосистой части головы с жирными чешуйками на поверхности. В анальной области выявлены широкие кандиломы.

1. Поставьте предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

Сифилис вторичный рецидивный. Волосистая часть головы – алопеции другой этиологии, себорейный дерматит, псориаз; область гениталий – геморрой, аногенитальные бородавки.

Задание 34

Больной, 25 лет, обратился в центр медицинской косметологии по поводу высыпаний локализованных преимущественно на коже лица, груди и спины по поводу угревой болезни. Приблизительно через 8-10 дней высыпания постепенно прогрессировали, располагаясь симметрично, преимущественно на коже туловища. Кроме того, больной жаловался на слабость, снижение работоспособности, адинамию, головную боль, боли в мышцах и суставах, усиливающиеся в ночное время, повышение температуры тела до 37,7С. По совету врача-косметолога больной обратился к дерматовенерологу.

Объективно при осмотре: на коже лица, груди и спины резко отграниченные от здоровой кожи фолликулярные папулы, на вершине которых имеется пустула размером 0,2-0,3см в диаметре, конусообразной формы с гнойным экссудатом; бледно-розовые с нерезкими очертаниями, округлые, размером до 1 см в диаметре, локализованные преимущественно на туловище и конечностях. Данные симптомы продолжались около 7-10 дней, больной расценил их, как проявление гриппозного состояния. При исследовании крови на RW - реакция резко положительная.

1. Диагноз?
2. С чем дифференцировать?
3. Дополнительные методы исследования?
4. С чем связано гриппоподобное состояние?

Эталон ответа:

Сифилис вторичный. Угревая болезнь. Кровь на сифилис (РВ, ИФА), конфронтация Спирохетемиа.

Задание 35

Женщина 32 лет обратилась к дерматологу по поводу высыпаний на нижней губе, появившихся около недели назад и самостоятельно не проходящих. Увеличены подчелюстные лимфоузлы, при пальпации безболезненные, с окружающей тканью не спаяны. Из анамнеза удалось выяснить, что у больной был половой контакт около месяца назад с малознакомым мужчиной.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Проведите исследования для подтверждения диагноза.
3. Дифференциальная диагностика.

Эталон ответа:

Первичный сифилис. РВ, ИФА, исследование эрозии на спирохету. Герпес, шанкриформная пиодермия, хейлиты.

Задание 36

. К врачу дерматовенерологу обратился мужчина 28 лет с жалобами на очаговые покраснения и белый налет на головке полового члена, сопровождающиеся сильным зудом, усиливающимся после незащищенного полового контакта с женой. При удалении

налета видна эрозивная поверхность. Из анамнеза известно, что больной часто страдает расстройством пищеварения и при этом бесконтрольно принимает антибиотики.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План обследования и лечения данного пациента?

Эталон ответа:

Кандидозный баланопостит. Эрозивный сифилид, баланопоститы при МПИ, герпес РВ, мазки на микрофлору из уретры, МПИ, иммунограмма, кровь на ВИЧ.

Задание 37

Женщина 26 лет, замужем. Есть дочь 2 лет. Обратилась к гинекологу с жалобами на обильные выделения, зуд наружных половых органов, жжение при мочеиспускании. При объективном осмотре: малые половые губы и слизистая влагалища гиперемированы, отделяемое из влагалища беловато-серого цвета, имеет характерный пенистый характер. При микроскопии мазка из влагалища были обнаружены трихомонады.

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Требования и рекомендации к членам семьи.

Эталон ответа:

Свежий острый трихомонадный кольпит. Метронидазол, орнидазол. Обследование дочери и мужа, личная гигиена.

Задание 38

Мужчина, 45 лет, в связи с обострением хронического заболевания был госпитализирован в соматический стационар, где наряду с другими анализами было назначено исследование крови на реакцию Вассермана, которая дала результат (++). При осмотре на коже и видимых слизистых высыпаний не выявлено. Из анамнеза удалось выяснить, что 5 лет назад больной обращался к врачу-стоматологу по поводу появления на красной кайме нижней губы язвы красного цвета, плотной, безболезненной. Через 3 недели увеличились регионарные лимфоузлы. Больной обратился к стоматологу, который назначил тетрациклин, по 2-е таблетки 4 раза в день в течение 7 дней. Высыпания прошли и больше не появлялись. В течение 5 лет больной к врачам не обращался

Ваш предполагаемый диагноз?

Составьте план обследования данного больного?

В чем, на ваш взгляд, ошибка врача стоматолога?

Эталон ответа:

5 лет назад – первичный сифилис; на момент осмотра – поздний скрытый сифилис. РВ, ИФА, РПГА; осмотр специалистами – окулист, невропатолог, терапевт, ЛОР, хирург, рентгенолог. Не взята кровь на анализ по поводу сифилиса, не осмотрен венерологом, назначено лечение антибиотиками

Задание 39

На прием к дерматовенерологу обратился мужчина с жалобой на появление на языке высыпаний. При визуальном осмотре на спинке языка обнаружили папулы округлой формы темно-красного цвета с гладкой ровной поверхностью и небольшим плотноватым

инфильтратом в основании. Симптом «скошенного лука» положительный. Кроме этого, выявлено поредение волос и ресниц. Лимфоузлы не увеличены.

1. Поставьте предполагаемый диагноз?
2. Проведите дифференциальный диагноз?
3. Тактика обследования и ведения данного больного?

Эталон ответа:

Вторичный рецидивный сифилис (папулы на языке, диффузная алопеция, симптом Пинкуса). КПЛ, псориаз, афтозный стоматит; алопеции другой этиологии. РВ, ИФА, конфронтация.

Задание 40

Мужчина 22 года, женат, есть ребенок - 10 месяцев, который находится на грудном вскармливании. Имел внебрачный половой контакт, через 3 недели обнаружил язвочку на половом члене и увеличение лимфоузлов в паховой области. Обратился к дерматовенерологу.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Какие действия должен предпринять врач-дерматовенеролог в отношении жены и ребенка?

Эталон ответа:

Первичный сифилис (шанкр, лимфаденит). Герпес генитальный, кандидозный постит, язвы при МПИ, шанкриформная пиодермия. Превентивное лечение

Задание 41

Больная 24 лет на протяжении одного года отмечает частое появление фурункулов на коже туловища и конечностей. Госпитализирована в связи с очередным появлением фурункулов на коже грудной клетки, левой ягодицы и правом предплечье. В последнее 2 недели жаловалась на общее недомогание, температуру тела 37,5°C, постоянную жажду.

1. О каком заболевании идет речь?
2. Какое обследование требуется провести больной?
3. Какое лечение необходимо в данном случае?

Эталон ответа:

Сахарный диабет. Биохимический анализ крови, общий анализ мочи, глюкозотолерантный тест. Назначается инсулинотерапия. На этапе созревания кожу вокруг элементов обрабатывают антисептиками, обкалывают зоны поражения раствором новокаина с антибиотиками.

После того, как наметилась зона флюктуации, в центр элементов фурункулеза накладывают кристаллический салициловый натрий и фиксируют его сухой повязкой. Такие аппликации оказывают кератолитическое действие и способствуют ускоренному отторжению стержня. При абсцедирующем течении фурункулеза показано вскрытие фурункула под местной анестезией и удаление гнойно-некротических масс. После самостоятельного или принудительного вскрытия рану тщательно промывают 3% перекисью водорода и назначают повязки с протеолитическими препаратами – Левомиколь, Синтомициновая, Эритромициновая мази. Повязки меняют через день, а после перехода процесса в стадию грануляции для лучшего заживления применяют линимент Вишневского и мази на основе ихтиола. Так же назначается общая антибиотикотерапия.

Задание 42

На стационарном лечении находится мальчик 15 лет по поводу заболевания, которым страдает на протяжении 7 лет. Ежегодно 2-3 раза ему в условиях стационара проводятся курсы лечения лидазой, сосудорасширяющими препаратами, жирорастворимыми витаминами. На очаг делают фонофорез гидрокортизона, аппликации димексида. Патологический процесс характеризуется полосовидным рубцовым поражением кожи в виде «удара саблей» по центру лба с переходом на волосистую часть головы. В области поражения волосы отсутствуют.

1. Каким заболеванием страдает ребенок?
2. В чем причина регулярной госпитализации ребенка

Эталон ответа:

Очаговая склеродермия. Учитывая протекание болезни, ее клиническую форму, симптомы, патологический характер, терапия необходима длительная, в некоторых случаях — пожизненная. Действия врача должны быть направлены на замедление прогрессирования нарушения, стабилизацию состояния, регресс клинических симптомов.

Задание 43

На прием к врачу обратилась женщина 45 лет с жалобами на уплотнение кожи живота, которое появилось месяц назад на месте травмы. Самостоятельно проводила массаж, смазывания персиковым кремом – без эффекта. Страдает гипертиреозом, хроническим тонзиллитом, вегетососудистой дистонией. При осмотре: на коже живота справа определяется очаг поражения около 6 см в диаметре с желтовато – восковидной блестящей поверхностью, по периферии окаймленный фиолетовым венчиком, плотный на ощупь (складку в очаге собрать не удастся). Субъективные ощущения отсутствуют.

1. Диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования и лечения.

Эталон ответа:

Очаговая склеродермия, бляшечная форма. Принципы лечения: пенициллин по 1млн. ЕД 4 раза, на курс до 20-30 млн. ЕД (активирующий микроциркуляцию периферических тканей), или фузидин – натрия (при непереносимости пенициллина) по 0,5 3 - 4 раза, 7-10 дней; купренил (пеницилламин) – блокирует образование нерастворимого коллагена и оказывает противовоспалительное действие на систему соединительной ткани ; лидаза 64 ЕД п/к или в/м ежедневно или через день, на курс до 20-30 инъекций, повторные курсы проводят через 3-4 месяца; лонгидаза – гиалуронидаза пролонгированного действия, применяется в ампулах по 5 мг/250 ед.; сосудистые препараты - коринфар (нифедипин) по 20-50 мг в сутки (блокирует введение кальция в клетку); кортикостероидные препараты сосудорасширяющие средства – теоникол, компламин, никошпан, андекалин и др.; биостимуляторы и иммуномодуляторы; витамины группы В, А, Е и С; физиотерапевтические процедуры: ультразвук, диатермия, криомассаж, аппликации парафина, озокерита, лечебных грязей, сероводородные ванны, морские купания; наружная терапия: мази солкосериловая, бутадионовая, индометациновая, троксевазиновая, гепариновая и др. Прогноз для жизни благоприятный при ограниченной склеродермии;

Профилактика заключается в устранении вредных факторов, лечении очагов инфекции.

Больные склеродермией подлежат диспансеризации

Задание 44

На прием обратился мужчина 20 лет, с жалобами на наличие высыпаний и зуд, беспокоящий больше в вечернее время. Считает себя больным в течение недели. Объективно: на коже живота, внутренних поверхностей бедер имеется множество парных мелких узелковых элементов, следы расчесов, геморрагические корочки. На коже мошонки и полового члена имеются три папулы ярко-красного цвета.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования можно применить для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать проявления данной болезни?
4. Какие методы лечения можно назначить при данном дерматозе?

Эталон ответа:

Чесотка. Дополнительные лабораторные исследования направлены на выделение возбудителя. Метод извлечения клеща иглой-под лупой вскрывают слепой конец чесоточного хода в месте, где видна черная точка(самка). Затем острие иглы продвигают вперед, самка прикрепляется присосками к игле и ее извлекают. Клеща помещают на предметное стекло и рассматривают под микроскопом. Метод тонких срезов: острой бритвой срезают участок рогового слоя с чесоточным ходом. Материал заливают 20% раствором щелочи, через 5 мин микроскопируют. Дифференциальный диагноз проводят с другими аскариозами – псевдочесоткой, чесоткой зерновой, тромбидиозом. Лечение: водно-мыльная эмульсия бензил-бензоата, метод Демьяновича- 60% раствор тиосульфата натрия и 6% раствор хлористоводородной кислоты втирают в кожу по 10 мин с интервалом в час. Применяют так же серные, дегтярные мази, линдан, кротамион, спрегаль.

Задание 45

В районном родильном доме у одного из новорожденных на верхних конечностях и туловище на фоне эритематозных пятен обнаружены пузыри размером с крупную горошину, полушаровидной формы, с серозным содержимым. Температура тела 36,8оС.

1. Клинический диагноз?
2. Ваши соображения по обследованию и лечению ребенка?

Эталон ответа:

Эпидемическая пузырчатка новорожденных. Подтверждают диагноз бактериологическим исследованием — посевом отделяемого из пузырьков на питательную среду для выявления возбудителя (золотистого стафилококка) и определением чувствительности к антибиотикам (для подбора оптимальной терапии). Для лечения больного ребенка переводят из родильного дома в отделение патологии новорожденных детской больницы. Пузыри обрабатывают раствором бриллиантового зеленого (“зеленкой”). Внутривенно или внутримышечно вводят антибиотики. Витаминотерапия (витамины групп С и В). При тяжелом течении внутривенно вводят антистафилококковый гамма-глобулин, растворы альбумина, реополиглобулина и др., проводят переливание крови.

Задание 46

У мужчины 40 лет после бритья на коже подбородка и верхней губы появились множественные мелкие, величиной с булавочную головку пустулы, пронизанные в центре волосом и окруженные узкой розовой каемкой. Больной отмечает легкий зуд в местах высыпаний, не лечился.

1. Клинический диагноз?
2. Тактика ведения больного?

Эталон ответа:

Остиофолликулит. Проводят местную антибактериальную терапию в виде мази – тетрациклиновая, эритромициновая с применением антисептиков (фукорцин, брильянтовый зеленый, метиленовый синий). Рецидивирующий характер остиофолликулита может быть показанием к общей антибиотикотерапии с учетом результатов бактериологических исследований.

Задание 47

Мужчина 45 лет, рабочий цементного завода, обратился с жалобами на поражение кожи рук, сопровождающееся умеренным зудом. Впервые заболевание появилось примерно через год после начала работы. Отмечает улучшение состояния во время отпуска.

Объективно: на кистях и предплечьях участки застойной гиперемии и инфильтрации, на фоне которой множество мелких везикулезных высыпаний, серозных корочек, на кистях – глубокие трещины.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Основной принцип профилактики обострений заболевания.

Эталон ответа:

Контактно-аллергический дерматит. цементный дерматит имеют аллергическое происхождение и вызваны воздействием хромовых солей.

Диагноз подтверждает положительный пластырном тесте с 0,5% раствором бихромата калия. Назначают десенсибилизирующие средства (хлорид кальция, тиосульфат натрия, антигистаминные препараты), местно-топические ГКС. Профилактика профессиональных дерматитов включает общественные и личные меры защиты. Технол. мероприятия: автоматизация, механизация и герметизация производственных процессов, установка специальных щитков и других приспособлений на станках для защиты кожи от вреднодействующих веществ; замена раздражающих и сенсibiliзирующих кожу веществ или уменьшение их концентрации. Сан. -техн. и санитарно-гигиенические мероприятия: обеспечение предприятий душевыми и умывальниками с подачей горячей воды, своевременная смена спецодежды, влажная уборка производственных помещений; содержание рабочего места в надлежащей чистоте и применение индивидуальных средств защиты, в частности защитных паст, и тщательная обработка микротравм.

Задание 48

Больному поставили предварительный диагноз – распространенный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия.

1. На основании каких признаков данному пациенту можно поставить окончательный диагноз?
2. Определите тактику врача в лечении больного.

Эталон ответа:

Для экссудативного псориаза характерно наличие на псориатических высыпаниях серовато-желтых рыхлых чешуйко-короч, образующихся в результате пропитывания чешуек экссудатом, а так же наличия псориатической триады- феномен стеаринового пятна, феномен псориатической пленки и феномен кровавой росы. Общее лечение включает назначение седативных препаратов, антигистаминов, диуретиков, витамины группы А, В, С, D, Е. Местно назначают 2% салициловую мазь, 1% серную мазь, топические ГКС.

Задание 49

. Больной при поступлении предъявлял жалобы на поражение кожи тыла кистей, стоп, плеч и предплечий, повышение температуры тела. Болен несколько дней, заболевание связывает с переохлаждением. При осмотре: на коже тыла кистей и стоп, предплечий имеются синюшно-красные пятна размером до 1x1 см. с западением в центре, на некоторых имеются пузырьки с серозным содержимым.

1. Предполагаемый диагноз.
2. План лечения данного больного.

Эталон ответа:

Красный плоский лишай. Общее лечение включает назначение седативных препаратов, антигистаминных, синтетических противомаларийных (делагил), ароматических ретиноидов (тигазон). (делагил), ароматических ретиноидов (тигазон). Наружно назначают топические ГКС.

Задание 50

. Больной К., 54 года. Жалобы на жгучую боль и высыпания в правом подреберье. Боль появилась 2 дня назад, через сутки после переохлаждения. Обратился к хирургу, предполагалась госпитализация в хирургическое отделение. Однако вчера в правом подреберье, по ходу 11-12 межреберных нервов и ниже, появилась сыпь в виде располагающихся полупоясом сгруппированных узелков и пузырьков на эритематозном основании. Содержимое пузырьков серозное, серозно-геморрагическое.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.

Эталон ответа:

Опоясывающий герпес. Признаками, на основании которых опоясывающий герпес отличают от экземы, являются асимметричность поражения (при экземе - симметричность), наличие болей (при экземе - зуд), герпетическое расположение пузырьков в отличие от рассеянного при экземе. Гистологически выявляют баллонизирующую дистрофию при герпесе и спонгиоз при экземе.

От ветряной оспы опоясывающий герпес отличается как характером основных первичных элементов, так и их расположением: при герпесе они локализуются по ходу нерва, при оспе наблюдается диссеминированное поражение. При ветряной оспе первичными элементами являются мелкие узелки, превращающиеся в пузырьки с центральным вдавлением, а не герпетические пузырьки. Высыпания покрываются тонкими корочками, при отпадении которых остаются слегка розоватые пигментные пятна и атрофические рубчики.

Высыпания появляются толчкообразно, на фоне температурной реакции организма, поэтому на лице и туловище можно встретить высыпания в различных стадиях развития, что не характерно для опоясывающего герпеса.

Задание 51

У больной 27 лет на протяжении последних 7 месяцев перед началом менструаций отмечается общее недомогание слабость, иногда озноб, желудочно-кишечные расстройства. На этом фоне часто в окружности рта, гениталий появляются высыпания,

представленные мелкими группирующимися пузырьками, возникающими на воспаленной коже.

1. О каком заболевании следует думать?
2. Ваши рекомендации относительно обследования, лечения больной и профилактики рецидивов.

Эталон ответа:

Вирус простого герпеса. К лабораторным методам диагностики относятся: иммунофлюоресцентный анализ содержимого пузырьков — на выявление антигена возбудителя; иммунофлюоресцентный анализ крови на обнаружение антител к возбудителю; выявление вируса герпеса методом ПЦР в крови, гинекологических и урологических мазках, содержимом пузырьков. Лечение проводится противовирусными препаратами (ацикловир, фамцикловир) как для приема внутрь, так и наружно, иммуномодуляторы. Для профилактики рецидивов необходимо тщательно мыть руки с мылом перед и после касания высыпаний. Нельзя трогать глаза, увлажнять контактные линзы слюной, удалять пузыри и корочки, чтобы избежать распространения бактериальной инфекции, если при рецидиве приходится ухаживать за новорожденным, ребенка нельзя целовать и допускать его контакта с пораженной кожей. При лабиальном герпесе необходимо использовать маску.

Задание 52

Больная 42 лет, поступила в клинику с жалобами на слабость, лихорадку, боли в мышцах и суставах. Из анамнеза известно, что в период второй беременности была слабоположительная реакция Вассермана. После родов появились полиартралгии, эритема на лице, субфебрилитет. При поступлении: на лице эритема в «зоне бабочки», эритематозные очаги в верхней части спины и груди. СОЭ – 55 мм/час; протеинурия.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование?
2. Наметьте план обследования и лечения больной.

Эталон ответа:

Системная красная волчанка. План обследования: общий и биохимический анализы крови; исследование крови на антинуклеарные антитела; исследование мочи; неврологическое обследование; электрокардиография; рентгенография суставов. Лечение проводится кортикостероидными гормонами, чаще преднизолон. Суточная доза 40-80мг, постепенное снижение до поддерживающей дозы; анаболические стероиды; цитостатики – при необходимости; ипрепараты калия, кальция; антибиотики и иммуностимулирующие средства (метилурацил, пентоксил, нуклеинат натрия, тактивин, тималин).

Профилактика:

меры личной профилактики – защищающие от инсоляции кремы («Щит», «Луч», «Квант» и др.); профилактические курсы лечения делягиллом и другими фотозащитными препаратами. Не рекомендуется употреблять красные томаты, морковь, лимоны, апельсины, щавель, гречиху, содержащие фотосенсибилизирующие вещества; диспансерное наблюдение дерматолога и смежных специалистов.

Задание 53

Мальчик 15 лет, жалуется на зудящие высыпания на коже стоп, которые появились после посещения бассейна. Объективно: на коже внутренних сводов стоп на фоне эритематозной кожи пузырьки, эрозии, корочки. Подобные высыпания имеются на коже ладоней.

1. Укажите клинический диагноз?
2. Назначьте лечение?

Эталон ответа:

Эпидермофития. При эпидермофитии показана гипосенсибилизирующая и антигистаминная терапия, назначается глюконат кальция, тиосульфат натрия, сульфат магния, пипольфен, перитол, супрастин, фенкарол и др. Хлорид кальция применять не рекомендуется из-за раздражения интродорецепторов сосудов и обострения воспаления. При присоединении вторичной инфекции показаны антибиотики (эритромицин, тетрациклины, линкомицин и др.) или сульфаниламидные средства так же назначают гризеофульвин или орунгал, или низорал, или ламизил, или тербизил. Местное лечение: при островоспалительных процессах и явлениях мокнутия назначаются примочки (2% р-р борной кислоты, 0,25% - 0,5% р-р азотнокислого серебра и др.); антипаразитарная терапия (мази ундецин, цинкудан, микосептин, клотримазол, микозолон, нитрофунгин, серно – дегтярная мазь, микоспор, травоген, ламизил, настойка йода и др.)

Задание 54

. К дерматологу обратилась больная 32 лет с жалобами на распространенную зудящую сыпь, которая развилась после сильного стресса, связанного с автомобильной аварией. При осмотре на коже туловища, конечностей, волосистой части головы определяется большое количество диссеминированных мелкопапулезных элементов ярко-розового цвета, многим из которых присуще центральное серебристо-белое шелушение. В некоторых местах папулезные элементы слились в фигуры неправильной формы. На коже туловища в местах повреждений кожи от расчесов имеются папулы, которые в виде цепочек располагаются по ходу царапин.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Как подтвердить предполагаемый диагноз?

Эталон ответа:

Псориаз. Подтверждает диагноз псориазическая триада: феномен стеаринового пятна терминальной пленки точечного кровотечения (Ауспитца), или кровяной росы (Полотебнова). А так же феномен Кебнера – появление типичных псориазических высыпаний на месте повреждения кожи в среднем через 10-14 дней

Задание 55

На прием обратился больной 25-лет с жалобами на наличие зудящих высыпаний на коже туловища, предплечий и голени. Высыпания представлены мелкими плоскими, блестящими, полигональной формы папулами с вдавлением в центре.

1. Ваш диагноз?
2. Принципы лечения?

Эталон ответа:

Красный плоский лишай. Принципы лечения: общее – гипосенсибилизирующие, антигистаминные средства, витамины группы В, С; антибиотики широкого спектра действия.

Местное – взбалтываемые взвеси, пасты, мази.

Примечание: запрещается мытье кожи с мылом и мочалкой в течение первых 4-6 недель болезни.

Задание 56

У 12 летнего ребенка при осмотре обнаружены на разгибательной поверхности верхних конечностей, волосистой части головы и туловища множественные папулы красноватого цвета, с четкими границами, вся поверхность которых покрыта чешуйко-корками. Зуд отсутствует.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для постановки окончательного диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте общее и местное лечение.

Эталон ответа:

Псориаз, экссудативная форма. Подтверждает диагноз псориазная триада: феномен стеаринового пятна терминальной пленки точечного кровотечения (Ауспитца), или кровяной росы (Полотебнова). А так же феномен Кебнера – появление типичных псориазных высыпаний на месте повреждения кожи в среднем через 10-14 дней. Необходимо проводить дифференциальную диагностику и с красным плоским лишаем, особенно его кольцевидной формой, наиболее часто встречающейся при локализации поражения на половых органах. Склонность к группировке мелких папулезных элементов, их характерный сиреневатый цвет, нередко наличие высыпаний одновременно в полости рта позволяют дифференцировать это заболевание от псориаза. Дифференциальная диагностика псориаза и папулезного сифилида основывается на том, что при сифилисе реже наблюдается симметричное расположение высыпаний. Папулезные элементы располагаются обычно изолированно, более четко очерчены, не имеют выраженной склонности к слиянию, как псориазные, вследствие большей инфильтрации они плотнее, чем псориазные. Размеры их обычно приблизительно одинаковы (чаще лентикулярные), в то время как при псориазе папулы почти всегда разной величины. При этих заболеваниях различны также частота поражения ногтей и характер шелушения. Наконец, наличие трех феноменов псориаза, отсутствие у больных псориазом положительных серологических реакций на сифилис и других клинических симптомов этого заболевания позволяют установить правильный диагноз. Принципы лечения: Общее – седативные, антигистаминные, гипосенсибилизирующие средства; препараты неспецифической иммунотерапии (алоэ, пирогенал, АТФ и др.), витамины группы А, В, С; гемодез в/веннокапельно; кальцинированная аутокровь; лидаза, иммуномодуляторы (тактивин, декарис, метилурацил, спленин, экстракт плаценты, леакадин); ароматические ретиноиды (этретин), цитостатики, кортикостероиды и др.; местное – кератопластические мази и кремы (2%-5% салициловая мазь), глюкокортикоидные мази и др; физиотерапевтическое – УФО, ПУВа – терапия, гидротерапия; санаторно – курортное лечение – Сочи, Мацеста, Кисловодск, Нафталан, Пятигорск, Южный берег Крыма и др

Задание 57

При осмотре больного 20 лет, в области пахово-бедренных складок обнаружены коричневого цвета пятна с четкими валикообразными фестончатыми краями. На поверхности пятен определяется отрубевидное шелушение. Субъективные ощущения отсутствуют.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

Разноцветный лишай. Дифференциальную диагностику отрубевидного лишая проводят с сифилисом (с сифилитической розеолой и лейкодермой). Диагноз сифилиса

подтверждают положительными результатами классических серологических реакций (КСР), реакцией иммобилизации бледных трепонем (РИБТ), реакцией иммунофлюоресценции (РИФ). Кроме того, розеола при вторичном сифилисе имеет розовато-ливидный оттенок, исчезает при диаскопии, не шелушится, не флюоресцирует в свете люминесцентной лампы, проба Бальцера отрицательна. Разноцветный лишай следует отличать от розового лишая Жибера, при котором эритематозные пятна островоспалительные, округлых или овальных очертаний, со своеобразным шелушением в центре по типу «медальонов», имеется «материнская» бляшка. Высыпания располагаются симметрично по линиям Лангера. Края центральной, шелушащейся, части бляшки окружены воротничком из чешуек. Вокруг материнской бляшки видны многочисленные вторичные высыпания. Лечение состоит в нанесении противогрибковых препаратов на кожу. В тяжелых случаях показано применение системных антимикотиков, которые позволяют существенно сократить сроки лечения и предотвратить частоту развития рецидивов. Используют, как правило, препараты триазолового ряда (флуконазол и др.), препараты и шампуни с сульфидом селена (персульфидом селена - «Сульсен»). Для предотвращения рецидивов рекомендуется ежедневно менять и проглаживать одежду утюгом.

Задание 58

Больная В. 30 лет, заболела внезапно, после перенесенной накануне ангины. На тыле кистей, разгибательной поверхности предплечий симметрично появились синюшного цвета пятна и узелки. На некоторых в центре были пузырьки и западения в центре. Сопровождалось повышением температуры и головной болью.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Проведите дифференциальный диагноз.

Эталон ответа:

Красный плоский лишай. Проводят дифференциальную диагностику КПЛ с псориазом и сифилисом, так как на коже высыпания красного плоского лишая могут напоминать псориазные элементы и сифилитические папулы. Однако папулы при КПЛ имеют характерный цвет высыпаний, полигональную форму, пупкообразное вдавление в центре папул, сетку Уикхема, а отсутствие феноменов стеаринового пятна, лаковой пленки и точечного кровотечения позволяют дифференцировать красный плоский лишай с псориазом. Папулы круглой и полушаровидной формы, их «ветчинный» цвет, плотность, положительные серологические реакции на сифилис позволяют отличать сифилитические папулы

Задание 60

Больная 70 лет, на протяжении более 1 года страдает периодически возникающим, мучительным зудом кожи туловища и частично конечностей. Объективно: кожа сухая, местами с явлениями лихенификации, незначительным шелушением и геморрагическими корками.

1. Какой ваш предварительный диагноз?
2. Наметьте тактику в отношении больной?

Эталон ответа:

Диагноз ставят методом исключения. Исключить зуд вследствие кожной болезни, которая еще не проявилась внешними высыпаниями, внутренней болезни. Здесь скорее всего

имеет место старческий зуд вследствие сухости кожи. Диф диагностика с зудом вследствие контакта с водой (аквагенный зуд – вследствие повышения гистамина в крови и коже), эритремией.

Задание 61

Больной 40 лет доставлен в приемное отделение больницы скорой помощи с жалобами на резкий отек лица и затрудненное дыхание. Данное состояние развилось через 1 час после укуса пчелы. При осмотре, лицо резко отечно и гиперемировано, на коже туловища многочисленные уртикарные высыпания. Дыхание затруднено.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Тактика врача при данном состоянии?

Эталон ответа:

Ангионевротический отек, крапивница. При снижении АД — подкожно вводят 0,1–0,5 мл 0,1% раствора адреналина; При асфиксии инъекции адреналина. Гормональная терапия: глюкокортикоиды (преднизолон 60—90 мг в/м или в/в; дексазон 8—12 мг в/в;)

Десенсибилизирующее лечение: антигистаминные средства (супрастин 2% — 2,0 в/м, Кларитин, Зиртек, Эриус, Телфаст). Мочегонные препараты: лазикс 40—80 мг в/в ступно в 10—20 мл физиологического раствора; Препараты ингибиторы протеаз: контрикал — 30000 ЕД в/в в 300 мл физиологического раствора, эpsilon-аминокапроновая кислота 5% — 200 мл в/в капельно, затем — по 100 мл через 4 часа или по 4 г peros 4—5 раз в день до полного купирования реакции; Дезинтоксикационная терапия - гемосорбция, энтеросорбция;

Задание 62

Больной 40 лет доставлен в приемное отделение больницы скорой помощи с жалобами на резкий отек лица и затрудненное дыхание. Данное состояние развилось через 1 час после укуса пчелы. При осмотре, лицо резко отечно и гиперемировано, на коже туловища многочисленные уртикарные высыпания. Дыхание затруднено.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Тактика врача при данном состоянии?

Эталон ответа:

Ангионевротический отек, крапивница. При снижении АД — подкожно вводят 0,1–0,5 мл 0,1% раствора адреналина; При асфиксии инъекции адреналина. Гормональная терапия: глюкокортикоиды (преднизолон 60—90 мг в/м или в/в; дексазон 8—12 мг в/в;)

Десенсибилизирующее лечение: антигистаминные средства (супрастин 2% — 2,0 в/м, Кларитин, Зиртек, Эриус, Телфаст). Мочегонные препараты: лазикс 40—80 мг в/в ступно в 10—20 мл физиологического раствора; Препараты ингибиторы протеаз: контрикал — 30000 ЕД в/в в 300 мл физиологического раствора, эpsilon-аминокапроновая кислота 5% — 200 мл в/в капельно, затем — по 100 мл через 4 часа или по 4 г peros 4—5 раз в день до полного купирования реакции; Дезинтоксикационная терапия - гемосорбция, энтеросорбция;

Задание 63

Больная 65 лет. На коже в области правой скуловой кости определяется очаг поражения

буровато-розового цвета мягкой консистенции. Болеет более 10 лет, симптом «яблочного желе» и зонда положительные.

1. Ваш диагноз?

Эталон ответа:

Туберкулезная волчанка

Задание 64

Больная М., жалуется на поражение кожи туловища, болезненность во рту при приеме пищи, общее недомогание. 4 месяца назад почувствовала болезненность при глотании и обнаружила «язвочки» на задней стенке глотки и слизистой оболочке щек. Лечилась у отоларинголога и стоматолога с переменным успехом. 2 недели назад появились пузыри на коже лица, спины и груди. При обследовании: общее состояние удовлетворительное. На слизистой оболочке рта имеются множественные красные эрозии, некоторые с остатками покрывок пузырей по периферии. На видимо неизменной коже груди, спины и лица видны дряблые пузыри от 2 до 4 см в диаметре с желтоватым содержимым, эрозии и корки.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Какие лабораторные исследования назначите больной для подтверждения диагноза?

3. Принципы лечения.

Эталон ответа:

Мономорфная экссудативная эритема. При гистопатологическом исследовании в эпидермисе отмечают внутри- и межклеточный отек, гидропическую дегенерацию базальных клеток, в дерме отек сосочкового слоя, периваскулярные инфильтраты. При электронно-микроскопическом исследовании определяются интрацитоплазматические повреждения потерей органелл, в средних отделах эпидермиса – электронноплотные дискератотические тельца. Лечение местное: комбинированные мази с кортикостероидными гормонами и антибиотиками; полоскания полости рта дезинфицирующими растворами; для уменьшения болей во время еды применяют лидокаин. Общее лечение кортикостероидные гормоны (преднизолон внутрь по 30-60 мг/сут со снижением дозы в течение 2-4 нед); при наличии вторичной инфекции - антибиотикотерапия, В целях профилактики - санация очагов хронической инфекции; предотвращение охлаждений; закаливание организма. Профилактическое лечение весной и осенью (за 1,5-2 месяца до ожидаемого рецидива) проводят левомизолом - внутрь по 150 мг 2 дня подряд с интервалом 5 дней в течение 2 месяцев; этакридина лактатом - внутрь по 0,05 г 3 раза в день в течение 10-14 дней.

Задание 65

У больного после применения синтомициновой эмульсии по поводу травмы правой кисти появился сильный зуд всего кожного покрова, повышенная температура, слабость. При объективном осмотре на коже верхних конечностей, груди отмечаются пятнистая сыпь с резко выраженной гиперемией, папулы и местами пузырьки.

1. Ваш диагноз

2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?

3. Принципы общего и местного лечения.

Эталон ответа:

Аллергический контактный дерматит. Аллергический контактный дерматит приходится дифференцировать с простым контактным дерматитом, себорейным и атопическим

дерматитом. В основе лечения аллергического контактного дерматита лежит исключение контакта организма с аллергеном, вызвавшим заболевание. В острой стадии, при отеке и мокнущих, показаны влажно-высыхающие повязки, вслед за которыми местно наносят глюкокортикоиды. Если высыпания представлены крупными пузырями, то их прокалывают, позволяя жидкости стечь; крышечку пузыря не удаляют; каждые 2–3 часа меняют повязки, смоченные жидкостью Бурова. В тяжелых случаях назначают системные кортикостероиды, а так же антигистаминные препараты.

Задание 66

. Больной жалуется на сильный зуд кожи, высыпания на туловище, конечностях. Болен 1 день. Заболевание связывает с употреблением арбуза. При осмотре лицо больного резко отечно, гиперемировано. На коже туловища, конечностей – обилие эритематозных и уртикарных высыпаний, папулы различной величины и формы, на коже предплечий – пузырьки и пузыри, корки, мокнутие.

1. Ваш диагноз?
2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?
3. Принципы лечения данного больного?

Эталон ответа:

Алиментарная токсидермия. Дифференциальный диагноз токсикодермии проводят с сопровождающимися сыпью инфекционными заболеваниями (скарлатина, краснуха, корь), розовым лишаем Жибера, вторичным сифилисом, красным плоским лишаем, крапивницей, системной красной волчанкой, многоформной экссудативной эритемой, аллергическим васкулитом. Первостепенное значение в лечении токсикодермии имеет предупреждение дальнейшего воздействия вызвавшего ее вещества. С этой целью при алиментарных и аутоксических вариантах токсикодермии применяют слабительные и мочегонные средства, очистительные клизмы, внутривенное введение десенсибилизирующих растворов тиосульфата натрия и хлорида кальция, антигистаминные препараты (кларитин и др.).

Местная терапия очагов поражения кожи зависит от морфологических особенностей токсикодермии. Применяют пудры или водно-взбалтываемые взвеси с оксидом цинка, глюкокортикостероидные мази, противовоспалительные и противозудные препараты для местного применения. Участки мокнутия обрабатывают анилиновыми красителями, вяжущими и дезинфицирующими средствами.

Задание 67

. Больной поступил в стационар с жалобами на появление сыпи на коже верхних конечностей, спины, груди, лица. Свое заболевание связывает с приемом каких-то таблеток по поводу ангины. Объективно: отмечается обильная сыпь в виде пятен, волдырей, пузырьков по всему кожному покрову. Больного беспокоит общая слабость, головная боль, повышение температуры.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Принципы лечения данного больного.

Эталон ответа:

Лекарственная токсидермия. Дифференциальную диагностику проводят с аллергическим дерматитом, крапивницей, вульгарной пузырчаткой и другими дерматозами. Общие принципы лечения медикаментозной токсикодермии - отмена используемого

лекарственного препарата. Проведение детоксикационной терапии: обильное питье, мочегонные препараты, слабительные, энтеросорбенты, внутривенно 25% раствор тиосульфата натрия. Противоаллергическая терапия: антигистаминные средства, препараты кальция; в тяжелых случаях используют глюкокортикоидные препараты (внутривенно, внутримышечно или внутрь). Симптоматическая наружная терапия, которую назначают с учетом морфологических элементов, фазы воспалительного процесса, распространенности (от примочек до мази). Наружная терапия должна обладать противовоспалительным и противозудным эффектом. Чаще всего используют топические глюкокортикоиды, входящие в состав растворов, аэрозолей, эмульсий.

Задание 68

Больной, 30 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на образование в области задней поверхности шеи, появившееся после перенесенного накануне гриппа, резкую болезненность, а также высокую температуру, недомогание, озноб.

Объективно: на задней поверхности шеи плотный резко болезненный узел овальной полушаровидной формы размерами 7x10 см, ярко-красного цвета, лимфоузлы на задней поверхности шеи увеличены. В анализе крови лейкоцитоз, повышенная СОЭ.

Диагноз?

Дифференциальный диагноз?

Тактика лечения?

Прогноз?

Эталон ответа:

Карбункул. Фурункул, абсцесс, флегмона. Лечение хирургическое.

При своевременном обращении и лечении – благоприятный.

Задание 69

Больной 45 лет обратился в поликлинику с жалобами на желтовато – коричневые и розовые пятна в области груди и спины, постепенно увеличивающиеся в размерах. Постепенно цвет пятен сменился на темновато-бурый. Иногда отмечается легкий зуд. При поскрабливании пятен – муковидное шелушение. Проба Бальзера – положительная.

1. Ваш диагноз?

2. Дифференциальный диагноз?

3. Лечение?

4. Прогноз?

Эталон ответа:

Отрубевидный лишай. Сифилис вторичный (розеола), инфекционные экзантемы, токсикодермия пятнистая. Любые антисептики и противогрибковые мази, УФО.

Благоприятный.

Задание 70

К дерматологу обратилась женщина с ребенком 8 лет, у которого на волосистой части головы в затылочной области определяется крупный ограниченный очаг диаметром около 2 см, покрытый серозно-гнойными корочками. Волосы на этом участке обломаны в виде

«пеньков». Из анамнеза известно, что ребенок в течение 2 недель отдыхал в деревне, где имел контакт с животными (собака, кошка).

1. Предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План обследования и лечения?

Эталон ответа:

Микроспория. Трихофития инфильтративно-нагноительная.

Микроскопия волос и чешуек, посев на среду Сабуро; противогрибковые препараты (ламизил, орунгал, гризеофульвин), местно – противогрибковые мази, 2% йод

Задание 71

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

Из анамнеза: 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 на красной кайме губ имеются телесного цвета, безболезненные, возвышающиеся над уровнем кожи невоспалительные узелки размером от 0,1 до 0,3 см в диаметре, с плоской поверхностью.

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
3. Наметьте план лечебно-профилактических мероприятий?

Эталон ответа:

Плоские бородавки. Новообразования кожи, контагиозный моллюск.

Иммунотерапия, диатермокоагуляция бородавок.

Задание 73

Пациентка, 47 лет, обратилась с жалобами на усиленное выпадение волос и их поредение. Давность процесса около 1 года. Начало заболевания связывает с перенесенным сильным стрессом. Лечилась самостоятельно наружными средствами (наружно фитонастоями, маски для волос), без эффекта. Клинически: Волосы тусклые, сухие, при pull-тесте удаляются более 15-телогеновых волос, заметное поредение, волос в лобно-височных долях истончено в височных зонах. При трихограмме выявляется более 30% волос в стадии телогена. Дерматоскопия демонстрирует большое количество коротких остроконечных волос, анизотрихии нет. Вопросы. 1. Ваш диагноз и его обоснование. 2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику? 3. План ведения и обследования пациента. 4. Лечение пациента. Правильные ответы. 1. Диагноз: хроническая телогеновая алопеция. Обоснование: лобно-височная рецессия волос, в битемпоральных зонах волосы более короткие, при pull-тесте удаляется более 10 волос, отсутствуют в стадии телогена более 30% волос. 2. Дифференциальная диагностика с андрогенной алопецией. 3. План ведения и обследования пациента: консультация психоневролога; функциональное исследование щитовидной железы; общий и биохимический анализы крови, в том числе исследование уровня ферритина, цинка. 4. Устранение выявленных триггеров (коррекция психоэмоционального состояния в

соответствии с рекомендациями психоневролога, устранение железодефицита, цинкзаместительная терапия, комплексная поливитамино-микроэлементные лекарственные препараты и зарегистрированные БАД, препараты с содержанием серосодержащих аминокислот, пантотеновой кислоты, дрожжей, кератина (пантовигар) в течение 6 мес.

Задание 74

Пациентка, 49 лет обратилась с жалобами на выпадение волос, зуд кожи волосистой части головы. Давность процесса около 4 месяцев. Клинически: на коже волосистой части головы видны множественные перифокальные эритематозные папулы, pull-тест положительный, выпадение носит анагеновый характер; одновременно имеются атрофические гипо- депигментированные рубцы размером от 3 до 10 мм. В пределах очагов волосы неповреждены. Вопросы: 1. Ваш диагноз. 2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику? 3. План дополнительного обследования пациента с целью уточнения диагноза. Правильные ответы: 1. Клинический диагноз: фолликулярный плоский лишай волосистой части головы. 2. Дифференциальный диагноз: дискоидная красная волчанка (ранняя форма), псевдопелада Брока, декальвирующий фолликулит, муцинозная алопеция. 3. С целью уточнения диагноза следует исключить инфекционную патологию волосистой части головы (микроскопию и культуральное исследование на грибы). При отсутствии инфекционной патологии - проведение биопсии клинически активного очага. При гистологическом исследовании выявляются признаки лихеноидного повреждения, верхняя часть и область воронки некоторых фолликулов окружены лимфоцитарным инфильтратом, различной плотности; может быть гиперкератоз и гипергранулез устьев волосяных фолликулов, в большом количестве цитоидные тельца вдоль базальной мембраны волосяного фолликула, часто атрофия сальных желез, в поздних стадиях – продольные фиброзные тяжи, замещающие погибшие фолликулы, фиброз сосочков эпидермиса.

Задание 75

Пациент, 26 лет обратился с жалобами на постепенное прогрессирующее выпадение волос вдоль лобной границы оволосения и образование двухсторонних залысин на лбу. Данность процесса около 6-7 лет. Клинически отмечается повышенная сальность волос, волосистой части головы, лица, рецессия волос в области лба. Дерматоскопически вокруг устьев фолликулов определяются желтые перипилярные точки, анизотрихоз, пушковые волосы, растущие из минитюаризированного волосяного фолликула. Вопросы: 1. Ваш диагноз. 2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику? 3. План лечения. Правильные ответы: 1. Диагноз: андрогенная алопеция, II стадия (по J.Hamilton). 2. Дифференциальный диагноз: с гнездной и рубцовыми алопециями. При ГА дерматоскопически выявляют пеньки дистрофичных волос по типу восклицательного знака или волосы в виде «головёшки», чёрные точки кадаверизованных волос в устье фолликулов и коричневые перипилярные точки в устье волосяных фолликул. При рубцовой алопеции – дерматоскопически в очагах облысения кожный рисунок не сохранен, визуализируются белые точки (следствие фиброза перифолликулярных структур). 3. Лечение назначается в зависимости от стадии процесса. При легкой

(умеренной) степени алопеции – наружно 2% раствор миноксидила (периферический вазодиллятор по 1 мл 2 раза в день) финастерид по 1 мг/сутки (ингибитор 5- α -редуктазы). Длительность терапии – до отрастания волос. Наиболее эффективный метод лечения – хирургическая аутотрансплантация волос при последующем вышечеречисленном медикаментозном сопровождении.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа		
--	--	--	--

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует