

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ



ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ **Часть I**

**методические рекомендации к практическим занятиям
для преподавателей высших медицинских учебных заведений**

Витебск, 2020

УДК [616.5.97-057.87] (072)

ББК 55.8я73

Рецензенты:

Семенов В.М., профессор кафедры инфекционных болезней Витебского государственного медицинского университета.

Хворик Д.В., профессор кафедры дерматовенерологии Гродненского государственного медицинского университета.

Адаскевич В.П.

M54 Дерматовенерология : метод. рекоменд. к практическим занятиям для преподавателей высших медицинских учебных заведений / В. П. Адаскевич, В. М. Козин, О. С. Зыкова, И. В. Тихоновская, М. А. Катина – Витебск: ВГМУ, 2020. – Ч. I. – 70 с.

ISBN 978-985-466-992-2

ISBN 978-985-466-993-9 (Часть I)

Рекомендации содержат материалы по методике преподавания 10-и тем и практических занятий, предусмотренных типовой учебной программой по дерматовенерологии для студентов лечебного факультета высших медицинских учебных заведений Республики Беларусь. Предназначены для преподавателей и аспирантов, которые проводят практические занятия по дерматовенерологии со студентами 3-4 курсов лечебного факультета.

Рекомендованы к изданию решением Центрального учебно-методического Совета непрерывного медицинского и фармацевтического образования Витебского Государственного медицинского университета (Протокол № 2 от 26.02.2020 г.).

УДК [616.5.97-057.87] (072)

ББК 55.8я73

ISBN 978-985-466-992-2

ISBN 978-985-466-993-9 (Часть I)

© Учреждение образования

«Витебский государственный
медицинский», 2020

© Адаскевич В.П., Козин В.М.,
Зыкова О.С., Тихоновская И.В.,
Катина М.А., 2020

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

(для преподавателей высших медицинских учебных заведений)

Часть 1

ОГЛАВЛЕНИЕ

ТЕМА 1	Введение в дерматологию. Методика обследования кожного больного. Диагностика дерматозов. Патоморфология кожи. Общие принципы терапии кожных больных (общее и местное лечение). Лекарственные формы для наружного применения	5
ТЕМА 2	Гнойничковые заболевания кожи (пиодермии): этиология, патогенез, классификация. Клинические особенности и течение отдельных форм пиодермии: фолликулит, хронический фолликулит, сикоз, импетиго и его разновидности, эпидемическая пузырчатка новорожденных. Синдром стафилококковой хронической язвенной пиодермии. Принципы системной и местной терапии пиодермий, профилактика хронических пиодермий	11
ТЕМА 3	Себорея, обыкновенные угри (акне): этиология, патогенез, клинические разновидности себореи (жирная себорея, густая и жидкая себорея, сухая себорея), характерные клинические признаки, течение, диагноз, принципы лечения. Представление о папулезных, пустулезных, абсцедирующих и конглобатных угрях и их лечение. Себорейная алопеция. Себорейный дерматит. Розовые угри (розацеа): этиология, патогенез, клиническая характеристика, течение, диагноз, принципы лечения	16
ТЕМА 4	Паразитарные заболевания кожи: чесотка. Воздушитель, условия заражения. Клинические проявления (формы), осложнения. Педикулез (головной, платяной, лобковый). Эпидемиология. Лечение, профилактика. Лейшманиоз кожи: возбудитель, эпидемиология (источник, переносчик), клинические формы, диагноз, лечение, профилактика	21
ТЕМА 5	Туберкулёт кожи: этиология, патогенез, классификация. Клиническая картина туберкулезной волчанки, скрофулодермы, язвенно-нектотического туберкулеза кожи и слизистых, бородавчатого, милиарного, лихеноидного, папуло-некротического туберкулеза кожи, индуративной эритемы. Принципы диагностики и лечения туберкулеза кожи. Диагностическое значение туберкулиновых проб и вспомогательных методов обследования («симптом яблочного желе», «зонда»). Гистологические методы исследования. Диспансеризация. Профилактика туберкулеза кожи. Лепра. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация, клинические формы (типы) лепры. Лепроносительство, течение, диагноз. Принципы лечения, течение, диагноз. Лечение лепры, профилактика, диспансеризация	29
ТЕМА 6	Возбудители грибковых заболеваний кожи и слизистых. Пути заражения. Факторы, способствующие развитию микозов. Классификация микозов. Антропофильные, зоофильные и зооантропофильные грибы, классификация. Лабораторная диагностика грибковых заболеваний кожи (микроскопия чешуек кожи), культуральная диагностика. Малассезии кожи. Разноцветный (отрубевидный) лишай: этиология, клиника, диагноз, лечение. Псевдомикозы. Эритразма: этиология, клиника, диагноз, лечение. Актиномикоз: этиология, клиника, диагноз, лечение. Кандидоз кожи, ногтевых валиков, и ногтей: этиология, патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение. Дерматомикозы волосистой части головы. Инфильтративно-нагноительная трихофития: возбудитель, эпидемиология,	35

	клиническая картина при поражении волосистой части головы и гладкой кожи, течение, диагноз, лечение. Поверхностная трихофития: возбудитель, эпидемиология, клиническая характеристика поражений волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей. Течение диагноз. Клинические особенности хронической трихофитии взрослых. Микроспория: возбудитель, эпидемиология, клиническая картина поражений волосистой части головы и гладкой кожи, течение, диагноз. Люминесцентная диагностика	
ТЕМА 7	Микозы паразитарной области: возбудитель, клиника, диагноз, лечение. Микоз стоп: этиология, эпидемиология, клинические проявления, течение, диагноз, лечение. Лечение микозов волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей: системные антибиотики, фунгицидные наружные средства. Критерии излечимости. Профилактика зоофильтальных трихомикозов, профилактика антропофильтальных трихомикозов, профилактика микозов стоп	42
ТЕМА 8	Вирусные дерматозы. Простой и опоясывающий герпес: этиология, патогенез, клиника, течение, диагноз, лечение. Контагиозный моллюск, бородавки простые (вульгарные) и плоские, остроконечные кондиломы: этиология, патогенез, клиника, течение, диагноз, лечение	46
ТЕМА 9	Псориаз, красный плоский лишай. Этиология, патогенез. Обычная клиническая форма псориаза: характерные клинические признаки, диагностические феномены, течение (три стадии заболевания, феномен Кебнера), сезонность, диагноз, лечение в зависимости от стадии заболевания, профилактика рецидивов. Понятие об экссудативной и артропатической формах псориаза и о псориатической эритродермии. Красный плоский лишай: патогенез, клиника, течение, диагноз, лечение	53
ТЕМА 10	Пузырные дерматозы. Пузырчатка обычная: патогенез, клинические признаки, симптомы (Никольского, Асбо-Ханзена), клиническая и лабораторная диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения, прогноз, диспансеризация, понятие о листовидной и вегетирующей пузырчатке. Буллезный пемфигоид: этиология, патогенез, клиника, диагностика. Лечение. Герпетiformный дерматоз Дюринга: патогенез, клиническая картина, течение, диагноз, дифференциальный диагноз с пузырчаткой, лечение, прогноз.	59

ТЕМА 1. ВВЕДЕНИЕ В ДЕРМАТОЛОГИЮ. МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ КОЖНОГО БОЛЬНОГО. ДИАГНОСТИКА ДЕРМАТОЗОВ. ПАТОМОРФОЛОГИЯ КОЖИ. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ КОЖНЫХ БОЛЬНЫХ (СИСТЕМНОЕ И МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ). ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ ДЛЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Цель практического занятия

Научить студентов определять элементы кожных сыпей, описывать дерматологический статус, усвоить общую схему и специальные приемы обследования кожного больного.

Конкретные цели занятия

В результате занятия студент должен уметь:

1. Определять на пациенте, макете, цветном изображении первичные и вторичные морфологические элементы сыпи.
2. Охарактеризовать клиническую картину поражения кожи, применяя стандартную схему описания локального статуса.
3. Применить специальные приемы обследования дерматологического пациента: клинические (пальпация, поскабливание, диаскопия), и аппаратные (дермоскопия, люминесцентные исследования).

Практические навыки:

- методика телесного осмотра дерматологического пациента и описание дерматологического статуса;
- специальные методы обследования дерматологического пациента;
- определение первичных и вторичных морфологических элементов кожной сыпи;
- определение влажности, сальности, сухости, тургора кожи;
- определение дермографизма;
- выписка рецептов основных лекарственных дерматологических форм.

Задание на самоподготовку студентов во внеучебное время

К занятию студенты должны знать:

1. Анатомию, гистологию кожи и слизистых оболочек.
2. Основные патогистологические процессы в эпидермисе и дерме.
3. Классификацию морфологических элементов сыпи.
4. Характеристики морфологических элементов сыпи и динамику их регресса.
5. Схему общего обследования пациента в лечебном учреждении.
6. Принципы диагностической программы, применяемой в дерматологических стационарах.

Уровень усвоения III

Место проведения занятия - учебный кабинет кафедры.

Продолжительность занятия - 1 академический час 15 мин (75 мин).

План проведения практического занятия:

Введение (вступительное пояснение преподавателя)	5 мин
Контроль исходного уровня знаний с его последующей коррекцией	10 мин
Самостоятельная работа студентов с пациентами	20 мин
Разбор пациентов	25 мин
Тематический контроль знаний	10 мин
Заключение	5 мин

Оснащение занятия:

1. Пациенты для курации студентов с:

- мономорфной сыпью (псориаз, красный плоский лишай, крапивница);
- истинно-полиморфной сыпью (дерматоз Дюринга, многоформная эритема);
- ложно-полиморфной сыпью (острая дисгидротическая экзема, вульгарные и розовые угри).

2. Набор тестов для коррекции исходного уровня званий.

3. Набор ситуационных задач для заключительного (тематического) контроля.

4. Наглядные пособия:

- муляжи;
- таблицы первичных и вторичных элементов сыпи;
- таблицы основных патогистологических процессов в коже;
- схема обследования дерматологического пациента;
- схема локального статуса дерматологического пациента;
- цветные слайды;
- мультимедийная презентация;
- микроскоп;
- набор гистологических препаратов,
- карты-задачи

5. Диагностический набор дерматолога (лупа, дермоскоп, лампа Вуда, шпатели, пуговчатый зонд, предметные стёкла, игла, эпилиционный и анатомический пинцеты, затупленные скальпели, линейка, напальчники, марлевые салфетки, палочки с ватой, местный осветитель, 3-5% спиртовой раствор йода, растительное или вазелиновое масло).

Методика проведения занятия

Введение

После проверки присутствующих преподаватель сообщает студентам план про-ведения занятия, подчеркивает значимость изучаемой темы для врача-клинициста.

Значимость темы занятия для каждого врача заключается в необходимости приобретения навыков грамотного описания поражений кожи и слизистых оболочек с целью своевременной диагностики как кожных и венерических болезней, так и кожных проявлений системной патологии. Умение дифференцировать элементы сыпи и грамотно описать локальный статус является важным практическим навыком для установления клинического диагноза дерматоза. Важное значение придается и другим составляющим диагностической дерматологической программы: выявлению жалоб, анамнеза заболевания, наследственности, семейному и аллергологическому анамнезу, диагностическим феноменам, симптомам, признакам, специальным и лабораторным исследованиям и др.).

Воспитательные аспекты занятия заключаются в акцентировании внимания студентов при сборе анамнеза, беседах с пациентом об отрицательной роли алкоголя и курения на течение и прогноз воспалительных, аллергических и зудящих заболеваний кожи. Необходимо подчеркнуть значимость врача-клинициста в мероприятиях по борьбе с пьянством и алкоголизмом, курением. Врач обязан обосновать лечение таким образом, чтобы убедить пациента отказаться от курения и употребления алкогольных напитков, подчеркнуть важную роль здорового образа жизни, занятий физической культурой и спортом, других оздоровительных мероприятий. Следовательно, при сборе анамнеза и беседах с пациентом необходим доверительный характер этих бесед с целью последующей психотерапевтической работы с пациентом.

Контроль и коррекция исходного уровня знаний осуществляется посредством решения задач (тест-контроль письменный или компьютерный) и коррекции допущенных ошибок.

Примеры задач для контроля исходного уровня

1. Укажите признак, характеризующий пятно
 - а) изменение характера поверхности кожи
 - б) изменение консистенции кожи
 - в) + изменение цвета кожи
2. Исчезновение окраски при диаскопии характерно для
 - а) пигментных пятен
 - б) + воспалительных пятен
 - в) геморрагических пятен
3. Воспалительные многочисленные пятна величиной до ногтя называют:
 - а) эритемой
 - б) пурпурой
 - в) + розеолой
4. Укажите отличительные признаки волдыря:
 - а) длительное существование
 - б) гладкая поверхность
 - в) розовый цвет
 - г) + эфемерность (быстрое разрешение)
5. К полостным элементам относятся:
 - а) + пустула
 - б) волдырь
 - в) + везикула
 - д) + пузырь
- 6) Образование пузырьков происходит посредством:
 - а) + баллонирующей дегенерации
 - б) + спонгиоза
 - в) гиперкератоза
 - г) акантоза
7. Гнойничок, пронизанный в центре волосом, называется:
 - а) фликтена
 - б) + фолликулит
 - в) вульгарное импетиго
8. Укажите отличие бугорка от папулы:
 - а) гладкая поверхность
 - б) плотная консистенция
 - в) + склонность к изъязвлению
 - г) наличие гнойной полости
9. Папулы образуются в результате:
 - а) + акантоза
 - б) + гиперкератоза
 - в) + гранулеза
 - г) инфильтрации
10. Гумма отличается от бугорка:
 - а) + размерами
 - б) + глубиной расположения
 - в) цветом
 - г) консистенцией
11. Дефект кожи в пределах эпидермиса является:
 - а) язвой
 - б) + эрозией
 - в) вегетацией
12. Подберите соответствующие пары трансформации первичных элементов:
 - 1) папула а) язва, рубец

- | | |
|------------|---|
| 2) бугорок | б) гнойная корка |
| 3) пустула | в) чешуйки |
| 4) пузырь | г) серозная корка |
| 5) волдырь | д) островоспалительный, быстро проходящий |
| 1 - в | 5 - д |
| 2 - а | 4 - г |

Коррекция исходного уровня знаний проводится посредством кратких пояснений преподавателя в процессе проверки задач (как правило, решенных неправильно)

Самостоятельная работа студентов с пациентами

Целью самостоятельной курации пациентов является усвоение диагностического алгоритма обследования дерматологического пациента в соответствии со схемой курации, правильное определение морфологических элементов сыпи с записью дерматологического статуса в карту курации. Для успешной курации студентам подготавливаются наглядные пособия (муляжи, таблицы, схемы, рабочие наборы дерматолога, дерматологический атлас и др.).

Схема курации дерматологического пациента

Общие сведения о нем.

Фамилия, имя, отчество. Возраст. Место жительства. Профессия.

Анамнез настоящего заболевания.

Жалобы при поступлении.

Давность заболевания кожи.

Возникновение и последующее течение кожного процесса.

С чем связано начало и обострение болезни.

Проведенное лечение, его результаты и переносимость.

Анамнез жизни.

Условия труда и быта.

Перенесенные заболевания, аллергологический анамнез.

Сопутствующие заболевания.

Наличие дерматологических заболеваний у родственников.

Вредные привычки.

Описание дерматологического статуса

Лабораторные исследования.

Диагноз, его обоснование.

Дифференциальный диагноз.

Лечение:

- а) режим
- б) диета
- в) общее лечение
- г) физиотерапия, бальнеотерапия
- д) местное лечение

Прогноз.

Профилактика.

Локальный (дерматологический) статус дерматологического пациента

Характеристика сыпи в целом.

1. Распространение сыпи (ограниченная, распространенная, универсальная).

2. **Преимущественное расположение**, т.е. излюбленная локализация (псориаз - разгибательные поверхности конечностей; эпидермофития - третий и четвертый межпальцевые складки стоп и свод стопы; красная волчанка - лицо и т.д.).
3. **Симметричность** (экзема, псориаз, атопический дерматит), унилатеральность (линейные невусы), по ходу нервов (опоясывающий лишай и др.).
4. **Склонность к периферическому росту и слиянию** (псориаз, красный плоский лишай и др.).
5. **Склонность к группировке**. Элементы располагаются беспорядочно или в виде линий, дуг, колец, гирлянд (вторичный рецидивный сифилид, бугорковый сифилид, простой пузырьковый и опоясывающий лишай, дерматоз Дюринга).
6. **Первичные и вторичные элементы**. Особенности цвета, формы, поверхности, очертаний первичных морфологических элементов.
7. **Мономорфизм и полиморфизм сыпи**. Мономорфной называется сыпь, состоящая из какого-либо одного первичного элемента (папула при псориазе, красном плоском лише или бугорки при туберкулезной волчанке, или пузыри при вульгарной пузырчатке). Полиморфной называют сыпь, состоящую из нескольких первичных элементов (при экземе, экссудативной многоформной эритеме, дерматозе Дюринга – эритема, папулы, пустулы, пузырьки, пузыри).
8. **Вовлечение в патологический процесс придатков кожи** - слизистых оболочек, волос, ногтей. Характер их поражения.
9. **Характеристика субъективных симптомов**. Выявляются и детализируются жалобы на зуд, жжение, болезненность кожи в очагах поражения. Могут выявляться жалобы на анестезию или гипостезию (при лепре), парестезии (чувство анемии или ползания мурашек при болезни Рейно), чувство стягивания кожи (при склеродермии, эритродермии и др.).

Характеристика первичных элементов

1. **Оценка воспалительного процесса:** острый, подострый, хронический, невоспалительный.
2. **Размеры элемента**. Элементы с булавочную головку или просяное зерно называется милиарным, с чечевицу или горошину – лентикулярным; элементы, имеющие размер монет – монетовидными. При слиянии элементов образуются бляшки, которые достигают величины ладони взрослого человека и больше.
3. **Цвет** – обычно красный с разными оттенками. При невоспалительных элементах наблюдается различные цвета: «кофе с молоком», темно-коричневый, лиловый и др.». Характерными являются лиловый оттенок и восковидный блеск для красного плоского лишая, красно-синюшный оттенок для экссудативной многоформной эритемы, кирпично-красный – для эритразмы, медно-красный – для сифилиса, желтоватый – для туберкулезной волчанки.
4. **Очертания**: овальные, круглые, угловатые, линейные, полигональные, фестончатые.
5. **Границы** могут быть резкие и нерезкие. Резкие чаще при хроническом воспалительном процессе (сифилис, КПЛ, псориаз), нерезкие границы при остром воспалительном процессе (острая экзема).
6. **Форма**: плоская (псориаз), полушаровидная (лентикулярный сифилид), конусовидная (милиарный сифилид), плоская с вдавлением (КПЛ) или плоская с западением (многоформная эритема), плоская с периферическим валиком (трихофития и микроспория гладкой кожи).
7. **Поверхность**: гладкая, зернистая, бугристая, матовая, блестящая.
8. **Консистенция**: деревянистая (при актиномикозе), плотная (при раке), плотно-эластическая (при сифилисе), плотноватая (при псориазе, КПЛ и др.), тестовая (при липомах), мягкая (при туберкулезе кожи).

9. **Глубина поражения:** элемент может быть эпидермальный, эпидермально-дермальный, дермальный, субдермальный.
10. **Отношение к фолликулам.** Есть элементы фолликулярные, т.е. связанные с волосяными фолликулами (например, фолликулит, сикоз, фурункул) и нефолликулярные, т.е. не связанные с волосяными фолликулами.
11. **Признаки, феномены, симптомы и пробы,** помогающие обоснованию диагноза. Феномен Ауспитца при псориазе, феномен яблочного желе и феномен зонда при туберкулезной волчанке, симптом Никольского при пузырчатке, проба с йодом при отрубевидном лишае, проба с йодидом калия при дерматозе Дюринга.

Курация пациента должна выполняться после предварительного этапа отработки навыков дерматологической диагностики с использованием таблиц, карт-задач, фотозадач, иллюстративного материала атласов, муляжей. Самостоятельную работу с пациентом студенты должны проводить в учебных комнатах, т.к. первичный профессиональный контакт с дерматологическим пациентом вызывает определённые затруднения при опросе и осмотре. Подгруппа студентов из 2 человек курирует одного пациента в соответствии с инструкцией преподавателя. С неясными вопросами студенты обращаются за консультацией к преподавателю, который в процессе самостоятельной работы подходит к каждой подгруппе студентов с целью текущей коррекции выполнения практической задачи.

Клинический разбор пациентов

Проводится для закрепления общей схемы обследования, навыков идентификации элементов сыпи и правильного описания локального статуса. Каждому студенту предоставляется возможность выступления с информацией по осмотренному пациенту. Один куратор из подгруппы дает общие сведения о пациенте, второй куратор зачитывает дерматологический статус, а куратор следующей подгруппы проводит дифференциальную диагностику элементов сыпи у пациента.

Преподаватель акцентирует внимание студентов на принципиальных вопросах темы занятия. Для уточнения наиболее важных моментов рекомендует обращаться к наглядным пособиям, подготовленным к занятию.

Клинический разбор пациентов завершается представлением каждым студентом дерматологического статуса, внесенного в карту курации пациента.

Тематический контроль

Усвоение студентами первичных и вторичных морфологических элементов является достаточно сложным и требует постоянного закрепления данной темы на каждом последующем занятии.

Занятие заканчивается решением задач, отражающих усвоение студентами основных признаков морфологических элементов сыпи. Пример: определите элементы сыпи, представленные на парных фотографиях морфологических элементов (или парных схематических рисунках). Обоснованные ответы даются в устной форме.

Заключение

Преподаватель подводит итоги занятия, дает оценку подготовленности студентов по данному разделу; отмечает, на что нужно обратить дополнительное внимание, дает задание на следующее занятие.

ТЕМА 2. ГНОЙНИЧКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ (ПИОДЕРМИИ): ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ ПИОДЕРМИИ: ФОЛЛИКУЛИТ, ХРОНИЧЕСКИЙ ФОЛЛИКУЛИТ, СИКОЗ, ИМПЕТИГО И ЕГО РАЗНОВИДНОСТИ, ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА НОВОРОЖДЕННЫХ. СИНДРОМ СТАФИЛОКОККОВОЙ ОБОЖЖЕННОЙ КОЖИ. ВУЛЬГАРНАЯ ЭКТИМА. ПОНЯТИЕ О ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЕННОЙ ПИОДЕРМИИ. ПРИНЦИПЫ СИСТЕМНОЙ И МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ПИОДЕРМИЙ, ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ПИОДЕРМИЙ

Цель практического занятия

Научить студентов диагностировать различные формы пиодермий, проводить лечение с учетом формы, стадии заболевания, локализации элементов, составить план профилактических мероприятий. Дать представление о лабораторных исследованиях, проводимых при пиодермиях.

Конкретные цели практического занятия

1. Распознавать поверхностные (остиофолликулит, фолликулит, эпидемическая пузырчатка новорожденных, сикоз) и глубокие стафилодермии (фурункул, карбункул, фурункулез, гидраденит); знать клинические формы, излюбленную локализацию, клинические симптомы, дифференциальный диагноз, системную и местную терапию данных заболеваний.
2. Распознавать небуллёзное и буллёзное импетиго, знать о необходимости изоляции пациентов до полного выздоровления; о правилах обработки пораженных участков кожи (невозможности применения воды для мытья, наложения повязок; обработки кожи вокруг очагов поражения только лосьонами, содержащими 1-3% салициловой или борной кислот, резорцина, левомицетина, эритромицина). Знать осложнения буллёзного и небуллёзного импетиго.
3. Предложить комплекс диагностических мероприятий для постановки диагноза (бактериоскопия, посев на питательные среды с определением антибиотикоустойчивости и генов резистентности (ПЦР)).
4. Различать клинические формы хронической глубокой пиодермии, клиническую картину, излюбленную локализацию; уметь провести дифференциальный диагноз и назначить общее и местное лечение для конкретного пациента. Знать показания для назначения системных антибиотиков при пиодермиях.
5. Определить тактику в отношении дальнейшего ведения пациента включающую санитарно-гигиенические мероприятия в быту и на производстве.

К занятию студент должен знать:

1. Физиологию и гистологию кожи.
2. Этиологию и патогенез пиодермий.
3. Морфологические элементы, составляющие клиническую картину при пиодермиях.
4. Основные методы лабораторной диагностики пиодермий.
5. Классификацию пиодермий и их клинические проявления.
6. Основные медикаментозные препараты, в том числе и иммунокорректирующие, показания к их назначению и принципы применения.
7. Методы профилактики пиодермий.

Задание на самостоятельную подготовку под контролем преподавателя

1. Пиодермии. Этиология. Эпидемиология. Изменения кожи при стафилококковых и стрептококковых поражениях кожи. Клиника. Лечение. Профилактика.
2. Хронические язвенные пиодермии.
3. Принципы системной и местной терапии хронических язвенных пиодермий.
4. Профилактика пиодермий на производстве и в быту.

Уровень усвоения II-III

Место проведения занятия – учебная комната кафедры.

Продолжительность занятия – 1 академический час 15 мин (75 мин).

План проведения практического занятия:

Введение (вступительное пояснение преподавателя)	5 мин
Контроль исходного уровня знаний с его последующей коррекцией	10 мин
Самостоятельная работа студентов с пациентами	20 мин
Разбор пациентов	25 мин
Тематический контроль знаний	10 мин
Заключение	5 мин

Оснащение занятия

1. Пациенты для самостоятельной курации студентов:
 - с поверхностными стафилодермиями, а также;
 - с фурункулом;
 - с акне (вульгарными угрями);
 - со стрептодермии и стрепто-стафилодермии;
2. Набор тестов для контроля уровня знаний.
3. Набор ситуационных задач для заключительного (тематического) контроля.
4. Наглядные пособия:
 - муляжи;
 - рис. «Строение кожи»;
 - рис. «Первичные и вторичные морфологические элементы»;
 - рецептура наружных противомикробных дерматологических средств;
 - учебные слайды «Стафилодермии», «Стрептодермии», «Смешанные пиодермии»;
 - карты-задачи,
 - атлас «Кожные и венерические болезни» В.В. Владимиrow, Б.И. Зудин. М., 1982.
 - мультимедийная презентация.
 - рецептура наружных противомикробных дерматологических средств.
5. Схема обследования дерматологического пациента.
6. Схема локального статуса дерматологического пациента.
7. Методическое пособие «Учебная история болезни дерматологического пациента», 2015 год.

Наглядные пособия:

- муляжи;
- рис. «Строение кожи»;
- рис. «Первичные и вторичные морфологические элементы»;
- рецептура наружных противомикробных дерматологических средств;
- учебные слайды «Стафилодермии», «Стрептодермии», «Смешанные пиодермии»;
- карты-задачи,
- атлас «Кожные и венерические болезни» В.В. Владимиrow, Б.И. Зудин. М., 1982.
- мультимедийная презентация.

Методика проведения занятия

Введение

После проверки присутствующих преподаватель сообщает студентам план проведения занятия, подчеркивает особую значимость темы для врача любой клинической специальности, уточняет отдельные положения учебника, вносит коррекцию в проработанный студентами материал в соответствии с последними взглядами и принятыми на кафедре установками.

Большая значимость темы занятия для каждого врача обуславливается, прежде всего тем, что пиодермии являются наиболее часто встречающимися заболеваниями кожи. В развитии пиодермий помимо известных этиологических факторов (наличие патогенной флоры, снижение резистентности организма к пиококкам, неблагоприятные условия внешней среды и др.) имеют значение выявленные у пациента патологические изменения со стороны висцеральных органов и систем (сахарный диабет, заболевания крови, желудочно-кишечного тракта, почек и др.), носительство золотистого стафилококка или пневмогенного стрептококка. Обратить внимание студентов на возможность развития у пациентов явлений вторичной пиодермии (экзема, атопический дерматит, чесотка), а также развитие вторичной пиодермии у пациентов, получающих гормональную и цитостатическую терапию, у ВИЧ-инфицированных.

Воспитательные аспекты занятия

Преподаватель обращает внимание студентов на такие явления как алкоголизм, наркомания, токсикомания, которые усугубляют течение основного кожного процесса и имеющихся сопутствующих заболеваний.

При разборе курируемых пациентов преподаватель акцентирует внимание студентов на особенности течения хронических глубоких форм пиодермий.

Преподаватель должен обратить внимание студентов на основные производственные факторы, которые могут способствовать возникновению гнойничковых заболеваний кожи.

Преподаватель должен научить студентов правильно ставить и проводить дифференциальный диагноз стрепто- и стафилодермии по их клиническим признакам, подчеркнуть особенности стафилококковой и стрептококковой пустул.

При изложении принципов лечения следует сделать акцент на применение специфической терапии: антибиотиков, с учетом данных антибиотикограммы, новых препаратов (цефалоспорины II и III поколений, амикацин, нетромицин, тиенам и др.). Подробней остановиться на их применении, необходимости назначения средств неспецифической иммунотерапии. При назначении наружного лечения следует подчеркнуть важность соблюдения принципов его назначения в зависимости от формы, локализации и стадии пиококкового процесса.

Преподаватель должен научить студентов правильно составлять комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, как для предотвращения рецидивов, так и для профилактики заболевания.

Контроль и коррекция исходного уровня знаний

Осуществляется посредством решения задач соответствующего уровня, посредством четкой коррекции при их проверке и посредством частичного обсуждения допущенных ошибок в процессе последующего разбора пациентов.

Практические навыки:

- методика телесного осмотра дерматологического больного и специальные методы обследования кожного больного;
- первичные и вторичные элементы кожной сыпи;
- определение дермографизма.

Примеры задач для контроля исходного уровня

1. Укажите среди ниже перечисленных поверхностные формы стафилодермий:

- а) фурункул
- б) карбункул
- в) + вульгарный сикоз
- г) гидраденит

2. Укажите какие заболевания наиболее часто могут осложняться вторичной пиодермией:

- a) красная волчанка
 - б) + хронический простой лишай
 - в) розовый лишай
 - г) красный плоский лишай
3. При лечении острый пиодермий противопоказано применение:
- а) сухого тепла
 - б) УФО
 - в) + влажно-высыхающих повязок
 - г) ничего из вышеперечисленного
4. При лечении пиодермий не следует назначать:
- а) + компрессы, повязки
 - б) чистый ихтиол
 - в) мази с антибиотиком
5. При фурункулезе не следует назначать:
- а) + топические кортикостероиды
 - б) чистый деготь
 - в) мази с антибиотиками
 - г) анилиновые красители
 - д) лазерное облучение крови
6. Страфилококковый анатоксин не применяют при:
- а) фурункулезе
 - б) карбункуле
 - в) вульгарном импетиго
 - г) все перечисленным
7. При стрептококковой опрелости больному назначают:
- а) ежедневные ванны
 - б) антибиотики внутрь
 - в) анилиновые красители
 - г) мази с антибиотиками
 - д) + все перечисленное кроме а) и б)
8. Укажите при каких формах пиодермии фликтена является первичным морфологическим элементом:
- а) гидраденит
 - б) фурункул
 - в) + небуллезное импетиго
 - г) вульгарные угря
 - д) сикоз
9. Какое заболевание относят к глубоким стафилодермиям:
- а) остиофолликулит
 - б) фолликулит
 - в) + фурункул
 - г) сикоз
 - д) импетиго

Коррекцию исходного уровня целесообразно проводить посредством кратких пояснений преподавателя в процессе проверки задач (обычно разбираются только задачи, решенные неправильно).

Самостоятельная работа студентов с пациентами

Студенческая группа делится на подгруппы по 2-3 студента. Самостоятельно, в течение 20 минут курируют пациентов. На одночасовом занятии полноценно можно разобрать не более 2-3 лиц. Необходимо предусмотреть, чтобы были представлены пациенты

с различными формами пиодермий, при возможности с фурункулами, обусловленными диабетом, хронической стрептостафилодермии и вульгарными угрями.

Перед курацией каждая подгруппа получает контрольную карту курации, которая дает студентам возможность в логической последовательности и по определенной программе осуществлять деятельность близкую к деятельности врача. Имея схему ООД, студенты самостоятельно собирают анамнез, проводят клиническое обследование пациентов, формулируют полный развернутый диагноз, назначают лечение и определяют комплекс санитарно-гигиенических мероприятий.

Преподаватель обращает внимание всей группы на допущенные кураторами ошибки, среди которых, обычно, отмечаются: нечеткое описание клинических проявлений стрептодермий, неумение выделить главную причину заболевания, неправильный выбор антибиотиков (без учета антибиотикограммы и возможной устойчивости штаммов к ним), иногда студенты недооценивают наружную терапию, формально относятся к составлению комплекса санитарно-гигиенических мероприятий.

Во время самостоятельной работы студентов преподаватель следит за правильностью выполнения методов обследования пациентов, знакомит студентов с данными лабораторных исследований. В случае возникновения затруднений при проведении обследования преподаватель дает студентам методические указания, намечает пути рационального решения поставленной задачи.

Итоговый контроль

Осуществляется решением ситуационных задач, ответы на которые даются в устной форме и разбираются всей группой.

Задача

В феврале на прием к врачу сельской амбулатории обратился мужчина 35 лет, по профессии тракторист, с жалобами на появление гнойничков на коже шеи и предплечий, их болезненность и повышение температуры тела до 37,5. Болен около 3-х месяцев. Лечился самостоятельно спиртовыми растворами и домашними средствами (листья алоэ) - без существенного эффекта. Пациент злоупотребляет алкоголем.

На коже шеи и предплечий - многочисленные гнойнички и воспалительные узелки, связанные с волосяными фолликулами. Кроме этих высыпаний на задней поверхности шеи выявляются несколько узлов величиной от лесного до грецкого ореха, насыщенного синюшно-розового цвета, тестоватой консистенции центральную часть которых занимают гнойно-некротические корки пронизанные волосами. На месте бывших высыпных элементов - пигментированные и депигментированные рубцы и рубчики.

Вопрос:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие необходимо провести лабораторные исследования пациенту?
3. Ваш окончательный диагноз и тактика ведения данного пациента.

Коррекция исходного уровня знаний

Осуществляется при разборе решенных студентами задач и может осуществляться либо самими студентами при перекрестной проверке ответов друг друга, а затем сравнения с эталоном, либо преподавателем, путем разбора задач, решенных неверно. При этом преподаватель задает дополнительные вопросы, дает пояснения с привлечением пациентов, демонстрацией муляжей, слайдов, таблиц.

Убедившись в хорошем знании исходного материала, преподаватель дает задачи на знание методики постановки диагноза чесотки.

Итоговый (тематический) контроль

Итоговый контроль осуществляется решением ситуационных задач, ответы на них даются в устной форме и разбираются всей группой.

Примеры задач:

На прием к врачу-терапевту обратился мужчина 30 лет с жалобами на появившееся высыпание в области шеи справа. Болен около месяца, свое заболевание ни с чем не связывает. В детстве страдал экссудативным диатезом, а позже отмечал появление зуда после употребления в пищу пива, кофе, шоколада, цитрусовых. В связи с заболеванием самостоятельно принимал глюконат кальция, местно – флуцинар. Улучшения состояния не наблюдалось.

При осмотре кожных покровов: кожа в области нижнего угла правой челюсти багрово-красного цвета, горячая на ощупь, отечна, инфильтрирована. В центральной части образования имеется несколько свищевых отверстий, из которых выделяется гной с примесью крови и некротических масс. При пальпации резкая болезненность в очаге поражения. Больного беспокоит озноб, головная боль, недомогание. Температура тела 38,7°C.

Клинические анализы крови и мочи без особенностей.

Вопросы:

Можно ли сразу поставить диагноз? Какова ваша дальнейшая тактика?

О каких заболеваниях можно думать?

Какие необходимо провести диагностические исследования?

Ваши дальнейшие лечебные и организационные мероприятия?

Заключение. Преподаватель подводит итоги занятия, дает оценку степени подготовленности студентов по изучаемому разделу, указывает, на что нужно обратить дополнительное внимание, определяет задание к следующему занятию.

ТЕМА 3. СЕБОРЕЯ, ОБЫКНОВЕННЫЕ УГРИ (АКНЕ): ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ СЕБОРЕИ (ЖИРНАЯ СЕБОРЕЯ, ГУСТАЯ И ЖИДКАЯ СЕБОРЕЯ, СУХАЯ СЕБОРЕЯ), ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОЗ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПАПУЛЕЗНЫХ, ПУСТУЛЕЗНЫХ, АБСЦЕДИРУЮЩИХ И КОНГЛОБАТНЫХ УГРЯХ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ. СЕБОРЕЙНАЯ АЛОПЕЦИЯ. СЕБОРЕЙНЫЙ ДЕРМАТИТ. РОЗОВЫЕ УГРИ (РОЗАЦЕА): ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОЗ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Общая цель практического занятия

Научить диагностировать себорею, себорейный дерматит, вульгарные угри, розацеа и подобрать адекватные методы общего и местного лечения этих заболеваний.

Конкретные цели занятия

В результате занятия студент должен уметь:

1. Анализировать анамнестические сведения.
2. Оценивать данные клинического осмотра пораженных участков кожи.
3. Построить и обосновать развернутый клинический диагноз с учетом различных форм и стадий изучаемых заболеваний.
4. Провести дифференциальный диагноз со сходными поражениями кожи (импетиго, фолликулиты).
5. Анализировать данные лабораторных методов исследования.

6. Разобрать и обосновать лечение (как общее, так и местное) и меры по профилактике рецидивов.

Задание на самоподготовку студентов во внеучебное время

В результате подготовки к занятию студенты должны знать:

1. Этиологию и патогенез себореи, себорейного дерматита, вульгарных угрей, розацеа.
2. Клинические проявления себореи, вульгарных угрей, розацеа.
3. Классификацию вульгарных угрей, розацеа.
4. Методы диагностики себореи, себорейного дерматита, вульгарных угрей, розацеа.
5. Дифференциальную диагностику себореи, себорейного дерматита, вульгарных угрей, розацеа.
6. Лабораторные исследования, проводимые пациентам с вульгарными угрями, розацеа.
7. Принципы общей и местной терапии себореи, себорейного дерматита, вульгарных угрей, розацеа.
8. Рецепты основных препаратов.
9. Профилактику рецидивов розацеа.

Уровень усвоения: II-III

Место проведения занятия: - учебная комната, микробиологическая лаборатория, физиотерапевтический кабинет.

Продолжительность занятия - 2 академических часа 15 минут (105 минут).

План проведения практического занятия:

Введение (вступительное пояснение преподавателя)	5 мин
Контроль исходного уровня знаний с его последующей коррекцией	15 мин
Самостоятельная работа студентов с пациентами	30 мин
Разбор пациентов	40 мин
Тематический контроль знаний	10 мин
Заключение	5 мин

Оснащение занятия:

1. Перечень курируемых пациентов с:

- себореей;
- различными формами вульгарных угрей;
- розацеа;
- пиодермиеей;
- дискоидной красной волчанкой;
- микозом туловища.

2. Набор задач для контроля исходного уровня знаний.

3. Набор ситуационных задач для тематического контроля.

4. Перечень наглядных пособий:

Рисунки:

- морфологические элементы сыпей;
- классификация стафилодермий;
- клинические формы вульгарных угрей;
- муляжи;
- карты-задачи,
- слайды;
- мультимедийная презентация.

5. Набор местных средств, используемых в лечении себореи, вульгарных угрей, розацеа с перечнем соответствующих рецептов.

Методика проведения занятия

После проверки присутствующих преподаватель сообщает план занятия, значимость темы для врача общего профиля. Следует обратить внимание студентов на то, что число пациентов с себореей, вульгарными угрями, розацеа в последнее время не снижается, и они занимают одно из ведущих мест в структуре кожных и косметических заболеваний. Отчасти это обстоятельство объясняется злоупотреблением частью населения алкоголем, экстрактивными веществами, кофе, перееданием, отсутствием элементарных знаний в отношении правил ухода за кожей, проведением неадекватного, а порой и наносящего вред, самолечения. Обсуждение этих положений составляет один из воспитательных аспектов занятия.

При изучении клинических вариантов угревой болезни следует упомянуть, что конглобатные и фульминантные угри могут сопровождаться лимфаденитом, подъемом температуры тела, снижением работоспособности и другими общими явлениями.

В настоящее время в лечении вульгарных угрей широко используются ароматические ретиноиды (тяжелые формы), а также антибиотики, до назначения которых рекомендуется исследование содержимого пустул для определения микрофлоры и ее чувствительности к целому ряду антибиотиков. Системное назначение глюокортикостероидов проводится редко (при тяжелом течении абсцедирующих или флегмонозных угрей или резистентности к другим методам лечения), назначение местных кортикоидных препаратов, даже содержащих антибиотики, при вульгарных угрях и розацеа противопоказано. При изучении розацеа необходимо отметить, что заболевание встречается чаще у женщин, чем у мужчин (соотношение 5:1, соответственно) в возрасте 50-60 лет и проходит в своем развитии ряд стадий: эритематозную, папулезную и инфильтративно-продуктивную (ринофима), причем последняя, напротив, чаще отмечается у мужчин. Демодекоз, по-видимому, не является самостоятельным заболеванием, хотя играет определенную роль в развитии розацеа и перорального дерматита. При лечении розацеа применяются препараты тетрациклического ряда, метронидазол.

Контроль и коррекция исходного уровня знаний

Осуществляется решением тестов и задач исходного уровня и при работе с пациентами.

Примерами тестов для контроля исходного уровня знаний:

1. Укажите основные клинические проявления себореи:

- а) + кожа пористая
- б) сыпь локализуется в кожных складках
- в) выражено отрубевидное шелушение
- г) + волосы склеены в пряди, блестят
- д) беспокоит мучительный зуд

2. Какая локализация сыпи характерна для вульгарных угрей:

- а) + лицо
- б) верхние конечности
- в) + верхняя часть груди, спины
- г) волосистая часть головы
- д) + шея

3. Укажите специфический признак для розацеа:

- а) пустула
- б) воспалительное пятно
- в) бугорок
- д) +телеангиэкзазии

Коррекция исходного уровня знаний проводится после проверки ответов студентов на контрольные тесты путем разбора наиболее типичных ошибок. При необходимости вводятся изменения, дополнения по ходу занятия, уделяется больше времени трудным разделам, недостаточно освоенным в процессе самоподготовки студентов к занятию. В коррекции

исходного уровня знаний большую помочь могут оказаться слайды, муляжи, рисунки по темам «Вульгарные угря», «Розацеа», «Себорейный дерматит».

Самостоятельная работа студентов с пациентами

В целях приобретения практических навыков при обследовании пациентов с себореей, себорейным дерматитом, вульгарными угрями, розацеа, группа студентов делится на малые подгруппы (по 2-3 человека). Каждой подгруппедается для курации заранее подобранный пациент с проявлениями себореи, различными формами вульгарных угрей, стадиями розацеа. С целью дифференциальной диагностики для курации можно привлекать также лиц с дискоидной красной волчанкой, нередко ошибочно диагностированной как эритематозная стадия розацеа, стафилодермиями, стероидными угрями, обычно не более 4-5 пациентов. Часто минимальные проявления себореи, вульгарных угрей, эритематозная стадия розацеа являются сопутствующими другим хроническим дерматозам. Курация и последующий разбор подобных пациентов являются наиболее ценными, т. к. позволяют закрепить ранее полученные знания и практические навыки. До начала курации внимание студентов следует обратить на деонтологические аспекты работы с пациентами, страдающими себореей, вульгарными угрями, розацеа. Большинство дерматозов, локализующихся на открытых участках тела, к которым относятся изучаемые дерматозы, часто сопровождаются вторичными невротическими расстройствами, выражющимися в депрессивном состоянии, фиксированности на своем заболевании, плаксивости. Нередко подобные пациенты в мельчайших подробностях останавливаются на любом изменении в клинической картине своего заболевания, детально описывают «походы» от одного врача к другому или, напротив, неохотно отвечают на вопросы студентов, всячески затрудняют осмотр пораженных участков кожи, что особенно характерно для молодых девушек, страдающих вульгарными угрями. Поэтому студенты должны быть особенно внимательны к подобным пациентам, проявлять в беседе с ними приветливость, доброжелательность, выказывать участие в их судьбе. Важно помнить также о необходимости соблюдения врачебной тайны. Беседа со студентами должна вселять в больных бодрость духа, надежду на скорейшее выздоровление и, напротив, ни в коем случае не приводить к стрессовым ситуациям, которые могут повлечь за собой обострение кожного заболевания. Таковы основные воспитательные аспекты занятия.

В процессе самостоятельной работы с пациентами студенты должны продемонстрировать следующие практические навыки, составляющие основные этапы практикоориентированного подхода к обучению по изучаемой теме:

1. Умение достигнуть наилучшего контакта с пациентами в процессе сбора анамнеза.
2. Умение собрать достаточно полный анамнез.
3. Умение проводить клинический осмотр этих пациентов.
4. Умение описывать клиническую картину себореи, вульгарных угрей, розацеа, гнездной алопеции.
5. Умение правильно интерпретировать полученные анамнестические и клинические данные для постановки развернутого диагноза себореи, вульгарных угрей, розацеа, себорейного дерматита с учетом форм и стадий этих заболеваний.
6. Умение проводить дифференциальный диагноз себореи, вульгарных угрей, розацеа между собой и с другими дерматологическими заболеваниями.
7. Умение подобрать адекватное, индивидуальное с учетом данных анамнеза и клинического осмотра, как системное, так и местное лечение больных себореей, вульгарными угрями, розацеа, себорейным дерматитом.
8. Умение рекомендовать пациентам план профилактических мероприятий, направленных на предотвращение рецидивов заболевания.

Перед началом самостоятельной работы с пациентами каждая подгруппа студентов снабжается контрольной картой курации, в которую включены все этапы обследования. Для проведения занятия по данной теме контрольную карту необходимо дополнить сведениями о

питании (злоупотреблении экстрактивными веществами), вредных привычках (курение, злоупотребление алкоголем), влиянии метеорологических факторов, сезонность заболевания. Особое внимание следует уделить сопутствующим заболеваниям: желудочно-кишечного тракта - при розацеа, эндокринным - при вульгарных угрях. После окончания работы с пациентами контрольные карты сдаются преподавателю. Куратория проводится под непосредственным контролем преподавателя, который поочередно работает с каждой подгруппой студентов, проверяет правильность методики обследования пациента каждым студентом, делает текущие замечания и исправления.

Клинический разбор курируемых пациентов

Клинический разбор пациентов проводится со всей группой студентов. При этом каждый студент подгруппы по выбору преподавателя докладывает те или иные данные анамнеза жизни, заболевания, дает развернутое описание клинической картины, обосновывает диагноз, проводит дифференциальную диагностику, рекомендует лечение. В процессе разбора принципов наружной терапии из заранее подготовленного набора местных средств, используемых в лечении себореи, вульгарных угрей, розацеа, студент выбирает те, которые он считает нужным назначить данному пациенту и обосновывает свой выбор. По желанию преподавателя студент перечисляет составные компоненты выбранного средства или воспроизводит его пропись на доске. В процессе клинического разбора пациентов преподаватель проводит коррекцию текущего хода усвоения теоретических знаний и практических навыков, останавливается на типичных ошибках студентов.

После разбора всех пациентов рекомендуется ознакомить с методикой взятия материала содержимого гнойничков для определения флоры и ее чувствительности к антибиотикам, а также с методикой определения в кожном сале клеща *Demodex folliculorum* с последующим просмотром препарата под микроскопом. Знакомство с указанными методами проводится в помещении клинической (микробиологической) лаборатории по договоренности с ее сотрудниками.

В целях закрепления навыков по выбору адекватных способов лечения себореи, себорейного дерматита, вульгарных угрей, розацеа желательно ознакомить студентов с показаниями к применению лазерных технологий, УФО в физиотерапевтическом отделении клиники. При наличии жидкого азота методику криомассажа можно продемонстрировать с помощью пациента или студента в кабинете, где проводится практическое занятие, что обычно активизирует работу студентов, уставших к концу занятия, и фиксирует их внимание на тематическом контроле.

Тематический контроль знаний студентов

Осуществляется решением ситуационных задач, ответы на них даются в устной форме и разбираются всей группой.

Пример задачи для тематического контроля знаний:

К Вам на прием обратилась женщина 21 года с жалобами на снижение трудоспособности, высыпания на коже лица и груди, которые впервые отметила в 15 лет. При осмотре: тела $36,4^{\circ}\text{C}$, кожа лица жирная, выводные протоколы сальных желез расширены, имеется большое количество комедонов, депигментированных точечных рубцов. На щеках и подбородке несколько багрово-красных, болезненных при пальпации узлов с кровянисто-гнойным, вязким экссудатом. Аналогичные высыпания, не менее выраженные, имеются в верхней части груди. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Сахар крови 5,5 ммоль/л.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Сопутствующее заболевание?
3. Какие еще заболевания могут сопутствовать данному дерматозу?
4. Наметьте комплекс лечебных мероприятий?
5. Профилактика рецидивов?

Заключение

Характеризуется и оценивается работа каждого студента группы. Преподаватель отвечает на вопросы, сообщает тему следующего занятия, дает задание на самоподготовку.

ТЕМА 4. ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ: ЧЕСОТКА. ВОЗБУДИТЕЛЬ, УСЛОВИЯ ЗАРАЖЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ (ФОРМЫ), ОСЛОЖНЕНИЯ. ПЕДИКУЛЕЗ (ГОЛОВНОЙ, ПЛАТЯНОЙ, ЛОБКОВЫЙ). ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА. ЛЕЙШМАНИОЗ КОЖИ: ВОЗБУДИТЕЛЬ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (ИСТОЧНИК, ПЕРЕНОСЧИК), КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Цель практического занятия

Научить студентов распознавать чесотку и педикулез, назначать противо-паразитарное лечение и составить комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий.

Научить студентов распознавать основные проявления специфических дерматозов, применить на практике схемы терапии, профилактики и диспансерного наблюдения.

Конкретные цели практического занятия

В результате занятия студент должен уметь:

1. Правильно собрать анамнез заболевания и провести анализ, выяснить эпидемиологическую ситуацию – источник и условия, способствующие заражению, контактных лиц, пути, место и давность возникновения поражений кожи.
2. Проводить осмотр пациента с акцентом на выявление патогномоничных симптомов и характерных для типичной чесотки высыпаний с учетом мест ее излюбленной локализации, а также проявлений атипичной (стертой) формы заболевания.
3. Выявлять различные формы педикулеза (головной, лобковый, туловища).
4. Провести дифференциальный диагноз с зудящими дерматозами непаразитарного происхождения, пиодермией, псoriasisом, аллергическим дерматитом, нейродермитом, вторичным периодом сифилиса (папулезные сифилиды области гениталий).
5. Проводить необходимые лабораторные исследования (на чесоточного клеща и др.).
6. Выбрать рациональный метод противоскабиозной и противопедикулезной терапии с учетом возраста пациента и наличия осложнений. Выписывать рецепты.
7. Составлять терапевтическую программу для конкретного пациента с учетом особенностей процесса, сопутствующих заболеваний и выписывать рецепты.
8. Определить тактику в отношении дальнейшего ведения пациента включающую санитарно-профилактические мероприятия в быту и на производстве.
9. Организовать профилактику в эпид.очаге.
10. Заподозрить лейшманиоз на основании выявленных данных клинического осмотра и с учетом тщательно собранного анамнеза и эндемичности заболеваний (лейшманиоз).
11. Провести дифференциальный диагноз между рассматриваемыми заболеваниями, бугорковым и гуммозным сифилидами, новообразованиями кожи.
12. Назначить специфическое лечение в соответствии с современными схемами терапии лепры и лейшманиоза с учетом их длительности. Выписать рецепты отдельных лекарственных препаратов.

К занятию студент должен знать:

1. Физиологию и гистологию кожи.
2. Биологию чесоточного клеща и различных видов вшей.
3. Морфологические элементы, составляющие клиническую картину чесотки и педикулеза.

4. Особенности клинической картины чесотки у детей, клинику стертой формы заболевания (чесотка «чистоплотных»), особенности проявлений псевдочесотки.
5. Основную симптоматику заболеваний и уметь провести дифференциальный диагноз с атопическим дерматитом, почесухой, аллергическим дерматитом, вторичным сифилисом.
6. Основные методы лабораторной диагностики чесотки.
7. Основные противопаразитарные препараты, показания к их назначению и принципы применения.
8. Этиологию и биологию возбудителей, патогенез и эпидемиологию лейшманиоза.
9. Клинические формы заболевания, возможные осложнения.
10. Комплекс необходимых исследований для диагностики заболевания.
11. Современные схемы специфической терапии лейшманиоза.
12. Вопросы социальной адаптации пациентов с лейшманиозом, профилактику заболевания.

Задание на самостоятельную подготовку под контролем преподавателя

1. Педикулез. Возбудитель. Эпидемиология. Изменения кожи при головном и платяном, лобковом педикулезе.
2. Клиника. Лечение. Профилактика.
3. Кожный лейшманиоз. Возбудитель. Эпидемиология.
4. Клинические разновидности кожного лейшманиоза.
5. Течение кожного лейшманиоза.
6. Лечение и диагностика кожного лейшманиоза. Профилактика.

Уровень усвоения II-III

Место проведения занятия – учебная комната кафедры.

Продолжительность занятия – 1 академический час 15 мин (75 мин).

План проведения практического занятия:

Введение (вступительное пояснение преподавателя)	5 мин
Контроль исходного уровня знаний с его последующей коррекцией	10 мин
Самостоятельная работа студентов с пациентами	20 мин
Разбор пациентов	25 мин
Тематический контроль знаний	10 мин
Заключение	5 мин

Оснащение занятия

1. Пациенты для самостоятельной курации студентов:
 - с неосложненной и осложненной чесоткой, а также диффузным нейродермитом, атопическим дерматитом, почесухой взрослых, медикаментозным, аллергическим дерматитом;
 - с акне (вульгарными угрями);
 - с пустулезным псориазом;
 - хронической язвенной пиодермией.
2. Набор тестов для контроля уровня знаний.
3. Набор ситуационных задач для заключительного (тематического) контроля.
4. Наглядные пособия:
 - муляжи;
 - гистологические препараты;
 - рис. «Строение кожи»;
 - рис. «Первичные и вторичные морфологические элементы»;
 - рис. (фотографии) чесоточного клеша, вшей, клинических проявлений заболеваний (чесотка, педикулез, лейшманиоз);
 - рецептура наружных противомикробных дерматологических средств;

- учебные слайды «Чесотка», «Педикулез», «Лейшманиоз»;
 - карты-задачи,
 - атлас «Кожные и венерические болезни» В.В. Владимиров, Б.И. Зудин. М., 1982.
 - мультимедийная презентация.
 - рецептура наружных противомикробных дерматологических средств.
5. Схема обследования дерматологического пациента.
 6. Схема локального статуса дерматологического пациента.

Методика проведения занятия

Введение

После проверки присутствующих преподаватель сообщает студентам план проведения занятия, подчеркивает особую значимость темы для врача любой клинической специальности, уточняет отдельные положения учебника, вносит коррекцию в проработанный студентами материал в соответствии с последними взглядами и принятыми на кафедре установками.

При проведении занятия по данной теме преподаватель должен подчеркнуть, что зуд при чесотке, усиливающийся в вечернее и ночное время, является одним из патогномоничных симптомов заболевания. Необходимо обратить внимание студентов на то, что самка клеща прокладывает чесоточный ход в роговом слое кожи в ночное время. Преподаватель обращает внимание студентов на клинические проявления заболевания: разновидности чесоточных ходов, парность расположения папул и везикул, отмечая при этом излюбленную их локализацию. Указывает на диагностические симптомы Арди (импетигинозные высыпания и гнойные корки) и Горчакова (точечные кровянистые корочки на локтях или в их окружности), треугольника (везикулы, пустулы, корочки выше межъягодичной складки). При локализации чесотки на половых органах проводить дифференциальный диагноз с вторичным (папулезным) сифилисом. При курации пациентов с чесоткой обращается внимание студентов на особенности локализации высыпаний у больных, работающих с горюче-смазочными материалами. При отсутствии чесоточных ходов у «чистоплотных» лиц и в случае псевдочесотки.

Преподаватель отмечает увеличение заболеваемости населения педикулезом (головным, лобковым, а также туловища), акцентирует внимание студентов на необходимости осмотров организованных коллективов на педикулез, изоляции и лечении заболевших, осмотрах контактных лиц, современных эффективных методах лечения педикулеза. При выборе метода лечения чесотки студент должен четко усвоить особенности применения того или иного метода, продолжительность лечения, методику лечения детей, возможные побочные явления при назначении различных противоскабиозных средств. Студенты должны знать, что некоторые противочесоточные препараты, и в частности, такие как серная мазь, бензилбензоат могут ослаблять зуд у больных, страдающих зудящими дерматозами непаразитарного происхождения.

Студенту необходимо усвоить перечень профилактических мероприятий при чесотке и педикулезе, проводимых врачом (подача в СЭС экстренного извещения по форме 281, осмотр всех контактных лиц – в семье, в организованных коллективах, выявление источника заражения, проведение одновременного противочесоточного лечения всем больным, выявленным в одном очаге, организация текущей дезинфекции в очаге). Сотрудники СЭС обязаны по окончании лечения организовать заключительную дезинфекцию в очаге и установить наблюдение за очагом в течение 14 дней (чесотка) и 1 раз в 10 дней в течение месяца (педикулез).

Воспитательные аспекты занятия

Преподаватель должен научить студентов правильно составлять комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, как для предотвращения рецидивов, так и для профилактики заболевания.

Контроль и коррекция исходного уровня знаний

Осуществляется посредством решения задач соответствующего уровня, посредством четкой коррекции при их проверке и посредством частичного обсуждения допущенных ошибок в процессе последующего разбора пациентов.

Практические навыки:

- методика телесного осмотра дерматологического пациента и специальные методы обследования кожного больного;
- первичные и вторичные элементы кожной сыпи;
- определение дермографизма.

Примеры задач для контроля исходного уровня

1. Укажите, к какой группе этиологических факторов относится возбудитель чесотки

- а) вирусы
- б) бактерии
- в) + клещи
- г) простейшие
- д) гельминты

2. Укажите клинические проявления на коже, патогномоничные для неосложненной чесотки

- а) пустула
- б) + чесоточный ход
- в) папула
- г) розеола
- д) везикула

3.. Укажите, какие из перечисленных препаратов обладают антипаразитарным действием

- а) салициловая мазь
- б) + серная мазь
- в) крем Унны
- г) флуцинар
- д) нафталан

4. Какие методы применяют для диагностики педикулеза?

- а) микроскопия
- б) посев на питательные среды
- в) + осмотр ad oculus
- г) проба с йодной настойкой
- д) + осмотр с помощью лупы

5. Выберите наружные средства для лечения лобкового педикулза:

- а) цинковая мазь
- б) + перметрин
- в) фторокорт
- г) + 20% эмульсия бензилбензоата
- д) метилурациловая мазь

6. Какие участки тела у взрослых не поражаются чесоткой?

- а) + ладони и подошвы
- б) + лицо
- в) межпальцевые складки кистей
- г) волосистая часть головы
- д) + кожа бедер

7. Какие признаки не характерны для неосложненной чесотки?

- а) + лихенификация
- б) + экзематизация
- в) ночной зуд

- г) паховый лимфаденит
д) + симптом Арди
8. Укажите наиболее характерный признак чесотки:
- полиаденит
 - экзематизация в очагах поражения
 - импетигинизация в очагах поражения
 - инфилтрация в очагах поражения
 - + вечерний и ночной зуд
9. Укажите наиболее частое осложнение чесотки:
- рубцовая атрофия кожи
 - сепсис
 - + вторичная пиодермия
 - флегмоны
 - все вышеперечисленное
10. Какие лекарственные препараты могут быть применены для лечения чесотки?
- + 5% перметрин
 - + 33% серная мазь
 - + 20% водно-мыльная эмульсия бензилбензоата
 - + инвермектин
11. Укажите, какими путями осуществляется заражение чесоткой:
- + через игрушки
 - + через белье или постель
 - + половым
 - + через животных
12. Лечение больного чесоткой предусматривает:
- исключение острой пищи
 - + применение бензилбензоата
 - применение УФО
 - + назначение серных мазей
13. Выберите основные препараты для лечения лейшманиоза кожи
- фтивазид
 - амфотерицин В
 - + доксициклин
 - бисептол
 - + солюсурьмин
14. Какие морфологические элементы характерны для кожного лейшманиоза?
- волдыри
 - лихенификация
 - + бугорки
 - + язвы
 - + рубцы
15. При наружной терапии лейшманиоза наилучший эффект дает применение:
- мази Вишневского
 - + 5% мономициновой мази
 - 5% борного вазелина
 - 1% бриллиантового зеленого
 - примочек с 1% раствором борной кислоты
- Коррекцию исходного уровня целесообразно проводить посредством кратких пояснений преподавателя в процессе проверки задач (обычно разбираются только задачи, решенные неправильно).

Самостоятельная работа студентов с пациентами

Студенческая группа делится на подгруппы по 2-3 студента. Самостоятельно, в течение 20 минут курируют пациентов. На одночасовом занятии полноценно можно разобрать не более 2-3 лиц. Необходимо предусмотреть, чтобы были представлены пациенты с различными формами пиодермий, при возможности с фурункулами, обусловленными диабетом, хронической стрептостафилодермии и вульгарными угрями.

Перед курацией каждая подгруппа получает контрольную карту курации, которая дает студентам возможность в логической последовательности и по определенной программе осуществлять деятельность близкую к деятельности врача. Имея схему ОД, студенты самостоятельно собирают анамнез, проводят клиническое обследование пациентов, формулируют полный развернутый диагноз, назначают лечение и определяют комплекс санитарно-гигиенических мероприятий.

При предварительном подборе пациентов необходимо предусмотреть, чтобы были представлены лица с осложненными и неосложненными формами чесотки и запоминающимся эпид. анамнезом. А также пациенты с зудящими дерматозами непаразитарного происхождения, в том числе и проявления вторичной пиодермии.

Перед курацией каждая подгруппа получает контрольную карту курации, которая дает возможность студенту в логической последовательности и по определенной схеме осуществлять деятельность, близкую к деятельности врача: имея схему ориентировочной основы действия, студенты самостоятельно собирают жалобы и анамнез заболевания, выясняют источник заражения, проводят клиническое обследование пациентов, формулируют развернутый диагноз, назначают лечение, выписывают рецепты. Во время самостоятельной работы студентов преподаватель следит за правильностью выполнения методов обследования пациентов, знакомит студентов с данными лабораторных исследований. В случае возникновения затруднений при проведении обследования преподаватель дает студентам методические указания, намечает пути рационального решения поставленной задачи. Особое внимание обращается на правильное усвоение комплекса санитарно-профилактических мероприятий, проводимых лечащим врачом и сотрудниками СЭС.

При клиническом разборе пациентов с чесоткой обращается внимание студентов на разнообразные варианты чесоточных ходов, наличие симптомов Арди, Горчакова, «треугольника», возможных осложнений чесотки (дерматиты, вторичная пиодермия, экзематизация). Подчеркивается наличие возможных осложнений чесотки: дерматитом, вторичной пиодермии, экземой. Разбираются особенности течения и клиники чесотки у детей.

При разборе методов лабораторной диагностики указываются недостатки и преимущества каждого метода: извлечение иглой, метод тонких срезов бритвой покрышки пузырьков метод соскоба патологических элементов. Отмечается, что диагноз чесотки можно поставить при обнаружении не только самки, но и ее личинок, яиц, нимфы, самца.

При разборе методов лечения применяются следующие средства: суспензия бензилбензоната, перметриновая мазь, линдан, инвермектин, 33% серная мазь. Подчеркиваются разновидности и особенности применения противопаразитарных средств при лобковом, головном и платяном педикулезе. Будущий врач должен хорошо знать, как провести текущую дезинфекцию нательного и постельного белья, одежды и помещения. После разбора курируемых пациентов для повышения эффективности занятия и достижения цели обучения студентов преподаватель проводит итоговый контроль. После разбора курируемых лиц преподаватель проводит итоговый контроль.

Преподаватель подчеркивает, что хронические инфекционные дерматозы, вызываемые простейшими (лейшманиями), характеризуются гранулематозными поражениями кожи, слизистых в виде бугорков, узлов, язв, развитием деформирующих рубцовых изменений, мутациями, вовлечением в патологический процесс различных органов и систем. Отмечает, что в настоящее время возможны завозные случаи лепры и лейшманиоза, так как Белоруссия – неэндемичная зона для этих инфекций.

Студенты должны получать ясное представление при разборе этих пациентов о том, в какой мере они являются заразительными для окружающих, о возможности проживания их в общежитии, работы в детских учреждениях, пищевом блоке и т. д.

При изучении кожного лейшманиоза подчеркивается, что резервуаром инфекции может быть больной человек и дикие грызуны, а переносчиками инфекции (лейшманий) являются москиты. Лейшманиоз возникает в основном в эндемичных районах, так как цикл развития лейшманий (50 дней) происходит при температуре не ниже 20°C. На местах укусов москитов у человека развиваются бугорки, узлы, фурункулоподобные инфильтраты, которые образуют язвы, чаще на открытых местах тела, которые оставляют рубцы, обезображивающие внешний вид больного. Указывается на необходимость проведения микроскопии препаратов-мазков из очагов поражения на лейшмании, постановки кожной аллергической реакции Монтенегро, реакции иммобилизации лептомонад, исследований биопсийного материала и тщательного выяснения эпиданамнеза. Дифференциальный диагноз проводят с вульгарной эктимой, сифилитической гуммой, туберкулезной волчанкой, скрофулодермой, язвенной вегетирующей пиодермией. Разбираются препараты, применяемые для лечения лейшманиоза. Для наружного лечения рекомендуются повязки с мономициновой мазью и другими противопаразитарными средствами, физиотерапия (лазер, криотерапия), электрохирургическое разрушение. Подчеркивается важная роль профилактики заболевания.

Итоговый контроль

Осуществляется решением ситуационных задач, ответы на которые даются в устной форме и разбираются всей группой.

Коррекция исходного уровня знаний

Осуществляется при разборе решенных студентами задач и может осуществляться либо самими студентами при перекрестной проверке ответов друг друга, а затем сравнения с эталоном, либо преподавателем, путем разбора задач, решенных неверно. При этом преподаватель задает дополнительные вопросы, дает пояснения с привлечением пациентов, демонстрацией муляжей, слайдов, таблиц.

Убедившись в хорошем знании исходного материала, преподаватель дает задачи на знание методики постановки диагноза чесотки.

Примеры задач:

Задача №1

В клинику кожных болезней поступил военнослужащий, 22 лет, житель Белоруссии, с диагнозом: хроническая пиодермия нижней трети голени, стоп. Перед поступлением в клинику лечился в медсанчасти наружными противомикробными средствами, УВЧ на область очагов, получал инъекции витаминов В₁ и В₆, алоэ. Улучшения со стороны кожного процесса не наблюдалось. Из анамнеза: незадолго до призыва в армию (1 месяц) летом был у родственников в Азербайджане. Объективно: в сгибательных поверхностях нижней трети голени и тыле стоп инфильтрованные язвочки и эрозии неправильной формы, покрытые трудно отделяемыми корко-чешуйками, окруженные валиком буровато-красного цвета, слегка болезненными. Общее состояние удовлетворительное, имеются явления слегка болезненного пахового лимфаденита.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях можно подумать с учетом эпиданамнеза?
2. Какие исследования необходимо провести больному для уточнения диагноза?
3. Какие системные и наружные средства необходимо назначить пациенту?

Задача №2

На прием к дерматологу обратился мужчина с жалобами на зуд кожи, усиливающийся к вечеру. Болен в течение двух после возвращения с командировки. Последние два дня зуд кожи начал беспокоить жену пациента. Дерматологический статус: на коже живота распространенная парная папуло - везикулярная сыпь, следы расчесов. На коже кистей в межпальцевых промежутках, области запястья определяются узелки.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Назовите методы обследования для его подтверждения.
3. Назовите препараты для лечения

Задача №3

На прием к врачу-терапевту обратился мужчина 30 лет с жалобами на сильный зуд области кистей, живота и половых органов, усиливающийся в вечернее время. Болен 1,5 месяца, свое заболевание ни с чем не связывает. В детстве страдал эхсусудативным диатезом, а позже отмечал появление зуда после употребления в пищу пива, кофе, шоколада, цитрусовых. В связи с заболеванием самостоятельно принимал димедрол, глюконат кальция, местно - флуцинар. Отмечалось незначительное улучшение.

При осмотре кожных покровов обнаружены высыпания в виде папул. Везикул, линейных расчесов, кровянистых корочек.

Высыпания локализовались на кистях, запястьях, локтях, животе, ягодицах, бедрах, половых органах. Патологии внутренних органов не выявлено. Клинические анализы крови и мочи без особенностей.

Вопрос. Можно ли сразу поставить диагноз? Какова ваша дальнейшая тактика?

Дополнительно к анамнезу выяснено, что 2,5 месяца назад пациент вернулся из туристического похода, имел тесный бытовой контакт со своим другом, страдавшим «кожным зудом на нервной почве». Неоднократно пользовался его спортивным костюмом. Через 2 недели после возвращения домой пациента начал беспокоить зуд, а затем появились высыпания в области кистей и на животе, а через 2 недели зуд появился и у жены. В течение последнего года пациент не употреблял в пищу кофе, шоколад и цитрусовые.

При осмотре обнаружены единичные чесоточные ходы в виде возвышающихся линий беловатого и грязно-серого цвета на боковых поверхностях пальцев, запястьях. В межпальцевых складках и на боковых поверхностях кистей имеются везикулы размером до 0,3 см, без признаков воспаления. На коже живота множественные милиарные папулы, точечные кровянистые корочки, линейные расчесы. На локтях и в их окружности имеются гнойные и кровянистые корочки. В области мошонки множественные лентикулярные папулы, некоторые с кровянистыми корочками на поверхности.

Вопрос:

О каких заболеваниях можно думать?

Какие необходимо провести диагностические исследования?

Ваши дальнейшие лечебные и организационные мероприятия?

Задача №4

В клинику кожных болезней поступил военнослужащий 22 лет, житель Белоруссии, с диагнозом: хроническая пиодермия нижней трети голени, стоп.

Перед поступлением в клинику лечился в медсанчасти наружными противомикробными средствами, УВЧ на область очагов, получал инъекции витаминов В₁ и В₆, алоэ. Улучшения со стороны кожного процесса не наблюдалось.

Из анамнеза: незадолго до призыва в армию (1 месяц) летом был у родственников в Азербайджане.

Объективно: в сгибательных поверхностях нижней трети голени и тыле стоп инфильтрированные язвочки и эрозии неправильной формы, покрытые трудно отделяемыми корко-чешуйками, окруженные валиком буровато-красного цвета, слегка болезненными. Общее состояние удовлетворительное, имеются явления слегка болезненного пахового лимфаденита.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях можно подумать с учетом эпиданамнеза?
2. Какие исследования необходимо провести пациенту для уточнения диагноза?
3. Какие системные и наружные средства необходимо ему назначить?

Эталон ответа:

С учетом эпиданамнеза пациенту проводится диагностическая программа на лейшманиоз. Лечение инъекциями мономицина и 5% мономициновой мазью. Схема лечения может включать также дапсон и системные антимикотики.

Заключение. Преподаватель подводит итоги занятия, дает оценку степени подготовленности студентов по изучаемому разделу, указывает, на что нужно обратить дополнительное внимание, определяет задание к следующему занятию.

ТЕМА 5. ТУБЕРКУЛЁЗ КОЖИ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИЯ. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ, СКРО-ФУЛОДЕРМЫ, ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ, БОРОДАВЧАТОГО, МИЛИАРНОГО, ЛИХЕНОИДНОГО, ПАПУЛО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ, ИНДУРАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ. ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛИНОВЫХ ПРОБ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ («СИМПТОМ ЯБЛОЧНОГО ЖЕЛЕ», «ЗОНДА»). ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ. ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ. ЛЕПРА. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ (ТИПЫ) ЛЕПРЫ. ЛЕПРОНО-СИТЕЛЬСТВО, ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОЗ. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ, ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОЗ. ЛЕЧЕНИЕ ЛЕПРЫ, ПРОФИЛАКТИКА, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Цель практического занятия

Научить студентов распознавать основные проявления специфических дерматозов, применить на практике схемы терапии, профилактики и диспансерного наблюдения.

Конкретные цели занятия

Студент должен уметь:

1. Заподозрить туберкулез кожи а основании выявленных данных клинического осмотра и с учетом тщательно собранного анамнеза и эндемичности заболеваний.
2. Провести комплекс диагностических исследований для обнаружения возбудителей микроскопическим, бактериологическим методами и морфологического изучения биопсийного материала.
3. Провести кожные аллергические пробы (туберкулиновая).
4. Выявить характерные симптомы Поспелова (зонда), «яблочного желе» при туберкулезной волчанке.
5. Назначить специфическое лечение в соответствии с современными схемами терапии туберкулеза кожи с учетом их длительности. Выписать рецепты отдельных лекарственных препаратов.

1. Заподозрить лепру, на основании выявленных данных клинического осмотра и с учетом тщательно собранного анамнеза и эндемичности заболеваний (лепра).
2. Провести комплекс диагностических исследований для обнаружения возбудителей микроскопическим, бактериологическим методами и морфологического изучения биопсийного материала.
3. Провести кожные аллергические пробы (лепроминовая, Монтенегро).
4. Выполнить функциональные пробы при лепре (крахмальная, с гистамином, горчичниковая, Минора, с никотиновой кислотой).
5. Назначить специфическое лечение в соответствии с современными схемами терапии лепры с учетом их длительности. Выписать рецепты отдельных лекарственных препаратов.

Студент должен знать:

1. Морфологию специфической гранулемы.
2. Этиологию и биологию возбудителей, патогенез и эпидемиологию туберкулеза кожи, патогенез и эпидемиологию лепры.
3. Клинические формы заболевания, возможные осложнения.
4. Комплекс необходимых исследований для диагностики заболевания.
5. Современные схемы специфической терапии дерматозов, противопоказания к назначению препаратов, наружные методы лечения.
6. Вопросы социальной адаптации пациентов с туберкулезом кожи, лепрой, профилактику заболевания.

Задание на самостоятельную подготовку под контролем преподавателя

1. Клиническая характеристика милиарного туберкулеза кожи.
2. Клиническая характеристика лихеноидного туберкулеза кожи.
3. Хирургические методы лечения туберкулеза кожи.

Уровень усвоения I-II

Место проведения занятия - учебная комната кафедры.

Продолжительность занятия - 1 академический час 15 минут (75 минут).

План проведения практического занятия:

Введение (вступительное пояснение преподавателя)	5 мин
Контроль исходного уровня знаний с его последующей коррекцией	10 мин
Самостоятельная работа студентов с пациентами	20 мин
Разбор пациентов	25 мин
Тематический контроль знаний	10 мин
Заключение	5 мин

Оснащение занятия

1. Пациенты для самостоятельной курации студентов:
 - с туберкулезом кожи;
 - с хронической язвенной пиодермией.
2. Набор задач для контроля исходного уровня знаний.
3. Набор ситуационных задач для заключительного (тематического) контроля
4. Наглядные пособия:
 - муляжи;
 - гистологические препараты;
 - рис. «Строение кожи»;
 - рис. «Первичные и вторичные морфологические элементы»;

- рис. «Туберкулез кожи», «Лепра»;
 - учебные слайды: «Туберкулез кожи», «Лепра»;
- Карты-задачи
- атлас «Кожные и венерические болезни» - В. В. Владимиров, Б. И. Зудин. М.,- 1982;
 - мультимедийная презентация.

Контроль и коррекция исходного уровня знаний

Осуществляется посредством решения задач соответствующего уровня, посредством четкой коррекции при их проверке и посредством частичного обсуждения допущенных ошибок в процессе последующего разбора пациентов.

Практические навыки:

- методика телесного осмотра дерматологического больного;
- специальные методы обследования дерматологического больного;
- первичные и вторичные морфологические элементы кожной сыпи;
- симптом «яблочного желе» и «пуговчатого зонда» при туберкулезной волчанке.

Примеры задач для контроля исходного уровня:

- 1.Рубцы при колликвативном туберкулезе кожи
 - плотные
 - + мягкие
 - гипертрофические
 - + втянутые
 - + неровные, с мостиками и папилломами
- 2.Укажите симптомы, характерные для туберкулезной волчанки
 - «лохматые рубцы»
 - + «кисета» симптом
 - + «Поспелова» (зонда) симптом
 - «штампованные» рубцы
 - + «яблочного желе» феномен
- 3.Выберите основные препараты для лечения туберкулеза кожи
 - + фтивазид
 - амфотерицин В
 - + рифампицин
 - бисептол
 - солюсурьмин
4. Какие исследования необходимо назначить пациенту при подозрении на лепру?
 - + исследование соска со слизистой носа на бациллу Ганзена
 - заражение материалом из кожных лепром морских свинок
 - + обследование невропатолога
 - +биопсия кожи
 - проба Манту
5. Выберите симптомы, патогномоничные для лепры
 - + «конской стопы» симптом
 - + «лада обезьяны»
 - «кисета» симптом
 - + «львиной морды» симптом
 - «птичий нос»
6. Укажите основной путь передачи лепры:
 - трансплацентарный;
 - половой;
 - трансфузионный;

- г) воздушно-капельный;
 - д) + контактный
7. Поражение периферической нервной системы при лепре проявляется:
- а) прогрессивным параличом;
 - б) повышенной потливостью в очагах поражения;
 - в) + повышенным салоотделением в очагах поражения;
 - г) + снижением чувствительности в очагах поражения;
 - д) + утолщением и болезненностью нервных стволов
8. Для диагностики лепры применяют:
- а) пробу Бальцера;
 - б) + пробу Минора;
 - в) пробу с актинолизатом;
 - г) пробу с трихофитином;
 - д) пробу с папиросной бумагой
9. Для обнаружения в мазках возбудителя лепры применяют окрашивание:
- а) по Романовскому – Гимзе;
 - б) по Граму;
 - в) + по Цилю – Нельсону;
 - г) бриллиантовым зеленым;
 - д) по Морозову
10. Для лечения лепры применяют:
- а) ангиопротекторы;
 - б) + препараты сульфонового ряда;
 - в) антибиотики;
 - г) иммунодепрессанты;
 - д) биостимуляторы

Коррекция исходного уровня знаний осуществляется при разборе решенных студен-тами задач и может осуществляться либо самими студентами при перекрестной проверке ответов друг друга, а затем сравнения с эталоном, либо преподавателем, путем разбора задач, решенных неверно. При этом преподаватель задает дополнительные вопросы, дает пояснения с привлечением пациентов, демонстрацией муляжей, слайдов, таблиц.

Методика проведения и изучения темы занятия

После проверки присутствующих преподаватель сообщает план проведения занятия, значимость изучаемой темы для врача общего профиля.

Преподаватель подчеркивает, что хронический инфекционный дерматоз, вызываемый микобактериями туберкулеза, характеризуется грануломатозными поражениями кожи, слизистых в виде бугорков, узлов, язв, развитием деформирующих рубцовых изменений, мутации, вовлечением в патологический процесс различных органов и систем. Отмечает, что туберкулез кожи в настоящее время встречается редко, так как Белоруссия неэндемичная зона для этой инфекции.

При разборе пациентов с туберкулезной волчанкой необходимо показать, что туберкулезные поражения кожи и, в частности, волчанка являются одним из проявлений туберкулезной инфекции организма. Студенты должны изучить клинические проявления туберкулезной волчанки, усвоить основные диагностические методы: проба зондом (А. И. Поспелов), диаскопия (феномен «яблочного желе»), а также ознакомиться с осложнениями, наблюдающимися при туберкулезной волчанке (мутации, элефантиаз, микростомия, эктропион, рожистое воспаление, люпус-карцинома). Следует указать на значение туберкулиновых проб и методику их выполнения у пациентов с туберкулезом кожи. При проведении дифференциального диагноза разбирают в первую очередь отличительные черты кожи от лепры и лейшманиоза.

При разборе пациентов с колликвативным туберкулезом внимание студентов фиксируется на первичном и, вторичном характере колликвативного туберкулеза, проводится дифференциальный диагноз с гуммозным сифилидом, хронической глубокой пиодермией, глубокими микозами, с демонстрацией таких пациентов.

При разборе бородавчатого туберкулеза следует обратить внимание на нередкое наличие активного туберкулеза внутренних органов у пациента с этой формой, на возможное возникновение заболевания в результате суперинфекции. Дифференциальный диагноз проводят с глубокими микозами. Разбирая папуло-некротический туберкулез, следует отметить отсутствие принципиальной разницы между туберкулезными заболеваниями кожи и так называемыми «туберкулидами», подчеркнуть значимость поражения лимфатических узлов. Дифференциальный диагноз проводить с сифилидами 2 и 3-го периодов, «масляными фолликулитами». При лихеноидном туберкулезе кожи подчеркиваются особенности клинической картины и течения, наклонность к самопроизвольному исчезновению. Дифференцировать с милиарным папулезным сифилидом. При разборе пациентов с индуративной эритемой отметить преимущественное поражение женщин, особенности локализации, клинические черты индуративных форм туберкулеза, течение процесса. Дифференцировать с гуммозным сифилисом, колликвативным туберкулезом, узловатой эритемой и др. Студенты должны получать ясное представление при разборе пациентов о том, в какой мере они являются заразительными для окружающих, о возможности проживания их в общежитии, работы в детских учреждениях, пищевом блоке и т. д.

При назначении лечения пациентам с кожным туберкулезом студенты должны знать показания и противопоказания к применению витамина D₂, стрептомицина, ПАСК, фтивазида, рифампицина; знать их дозировки, а также значение комбинированных методов лечения и назначения диетотерапии, гелиотерапии, климатотерапии, а также применения наружных средств (диатермокоагуляции, мази, пасты).

Останавливаясь при разборе пациентов на вопросах профилактики туберкулеза кожи, следует трактовать их как профилактику туберкулеза вообще. Необходимо познакомить студентов с основными принципами организации борьбы с кожным туберкулезом и методами учета (карта учета).

Преподаватель подчеркивает, что хронические инфекционные дерматозы, вызываемые микобактерией лепры, характеризуются гранулематозными поражениями кожи, слизистых в виде бугорков, узлов, язв, развитием деформирующих рубцовых изменений, мутаций, вовлечением в патологический процесс различных органов и систем. Отмечает, что в настоящее время возможны завозные случаи лепры и лейшманиоза, так как Белоруссия – неэндемичная зона для этих инфекций.

Студенты должны получать ясное представление при разборе этих пациентов о том, в какой мере они являются заразительными для окружающих, о возможности проживания их в общежитии, работы в детских учреждениях, пищевом блоке и т. д.

При разборе вопросов, касающихся лепры, останавливаются на основных проявлениях лепроматозного, туберкулоидного и недифференцированного типов заболевания. Подчеркивается необходимость тщательного неврологического обследования лиц, подозрительных на лепру, бактериоскопии слизистой носа на бациллу Ганзена, проведения функциональных проб (лепроминовая, с никотиновой кислотой и др.), а также дифференциального диагноза с активными проявлениями третичного периода сифилиса, лимфаденопатии при СПИДЕ, лейшманиомами, буллезными дерматозами, туберкулезом кожи, рассеянным склерозом, сирингомиелией, витилиго. Отмечается, что основными препаратами при лечении лепры являются сульфоновые препараты в комбинации с лампреном, препараты ГИНК, фторхинолоны в комбинации с рифампицином, наружные разрушающие физические методы и лекарственные препараты (этизул, сульфетроновая мазь, чаульмугровое масло, мурголь). Подчеркивается длительность лечения и необходимость выполнения профилактических мер.

Итоговый тематический контроль

Итоговый контроль осуществляется решением ситуационных задач, ответы на них даются в устной форме и разбираются всей группой.

Примеры задач:

Задача №1

Врач-хирург госпиталя при лечении ожогового пациента 46 лет, бывшего военного летчика, обратил внимание на отсутствие болевой реакции у него на перевязках.

Из анамнеза: служил в Узбекистане в течение 7 лет, затем был комиссован и переведен на наземную службу в гражданскую авиацию, разведен.

При исследовании выявлено: резкое снижение болевой, температурной и тактильной чувствительности по всему кожному покрову, утолщение и болезненность локтевых нервов, легкая атрофия мышц предплечья и голени, инфильтраты в надбровных областях и мочках ушей, амимичное лицо.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Наметьте план обследования пациента.
3. Ваши лечебные действия после установления диагноза?

Эталон ответа:

Можно предположить, что речь идет о туберкулезе кожи, лепре, неврологической патологии. Диагностические исследования: соскоб со слизистой носа, постановка лепроминовой пробы, биопсия кожи, обследование на туберкулез, заключение невропатолога. В случае подтверждения диагноза лепры пациент помещается в лепрозорий и проводится специфическое лечение в соответствии с выявленной формой заболевания.

Задача №2

Для консультации на кафедру дерматологии обратилась женщина 68 лет, санитарка, с жалобами на изменения кожи и костной ткани кистей.

В детстве перенесла инфекционную болезнь по поводу чего длительно лечилась, в течение последующей жизни получала курсы профилактической терапии.

Объективно: при осмотре кожного покрова в области шеи обнаружены мягкие рубцы с сосочковыми разрастаниями, частичные мутации пальцев кистей, рубцовые изменения кожи кистей, межпальцевые контрактуры.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно подумать?
2. Какие дополнительные сведения вам необходимо получить у пациентки?
3. Какие специфические заболевания могут вызвать поражения кожи и костной ткани?
4. Проведите дифференциальный диагноз
5. Какова ваша дальнейшая лечебная тактика?

Задача №3

Для консультации на кафедру дерматологии обратилась женщина, 68 лет, санитарка, с жалобами на изменения кожи и костной ткани кистей. В детстве перенесла инфекционную болезнь по поводу чего длительно лечилась, в течение последующей жизни получала курсы профилактической терапии. Объективно: при осмотре кожного покрова в области шеи обнаружены мягкие рубцы с сосочковыми разрастаниями, частичные мутации пальцев кистей, рубцовые изменения кожи кистей, межпальцевые контрактуры.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно подумать?
2. Какие дополнительные сведения вам необходимо получить у больной?

3. Какие специфические заболевания могут вызвать поражения кожи и костной ткани?
4. Какова ваша дальнейшая лечебная тактика?

Заключение

Преподаватель в конце занятия подводит итоги, оценивает работу студентов, отмечает проявивших активность и глубокие знания. Задает на дом задание по следующей теме.

ТЕМА 6. ВОЗБУДИТЕЛИ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ. ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ МИКОЗОВ. КЛАССИФИКАЦИЯ МИКОЗОВ. АНТРОПОФИЛЬНЫЕ, ЗООФИЛЬНЫЕ И ЗООАНТРОПОФИЛЬНЫЕ ГРИБЫ, КЛАССИФИКАЦИЯ. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ (МИКРОСКОПИЯ ЧЕШУЕК КОЖИ), КУЛЬТУРАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. МАЛАССЕЗИОЗЫ КОЖИ. РАЗНОЦВЕТНЫЙ (ОТРУБЕВИДНЫЙ) ЛИШАЙ: ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ. ПСЕВДОМИКОЗЫ. ЭРИТРАЗМА: ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ. АКТИНОМИКОЗ: ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ. КАНДИДОЗ КОЖИ, НОГТЕВЫХ ВАЛИКОВ, И НОГТЕЙ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ. ДЕРМАТОМИКОЗЫ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ. ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНАЯ ТРИХОФИТИЯ: ВОЗБУДИТЕЛЬ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ И ГЛАДКОЙ КОЖИ, ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ. ПОВЕРХНОСТНАЯ ТРИХОФИТИЯ: ВОЗБУДИТЕЛЬ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ, ГЛАДКОЙ КОЖИ И НОГТЕЙ. ТЕЧЕНИЕ ДИАГНОЗ. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРИХОФИТИИ ВЗРОСЛЫХ. МИКРОСПОРИЯ: ВОЗБУДИТЕЛЬ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОРАЖЕНИЙ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ И ГЛАДКОЙ КОЖИ, ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОЗ. ЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА

Цель практического занятия

Научить студентов диагностировать дерматофитии, проводить дифференциальный диагноз, определять тактику лечения пациентов с микозами, наметить комплекс обследований.

Конкретные цели занятий

Студенты должны уметь:

1. Собирать эпидемиологический анамнез: выявить источник заражения, контактных лиц, установить пути передачи инфекции, давность заражения.
2. Поставить клинический диагноз микозов: разноцветного лишая, эритразмы, микоза головы, складок, ногтей, туловища, стоп.
3. Проводить дифференциальный диагноз между различными формами микозов и сходными кожными заболеваниями с использованием клинических методов: пробы Бальцера, люминесцентные исследования с помощью лампы Вуда, феномен стружки и др.
4. Правильно забирать патологический материал для лабораторной диагностики и дать клинико-диагностическую оценку результатам микроскопического исследования патологического материала (чешуйки и волосы) на патогенные грибы.
5. Выбирать рациональный метод специфической терапии, выписывать рецепты системных и наружных антимикотиков.
6. Составить план противоэпидемических мероприятий при дерматофитиях и разноцветном лишае.

Студент должен знать

В результате подготовки к занятию студенты должны знать:

- 1.Биологию дерматофитов, эпидемиологию, факторы риска и патогенетические механизмы дерматофитий.
2. Классификацию дерматофитии.
- 3.Типичные клинические проявления при этих заболеваниях и основные дифференциально-диагностические отличия клинических форм дерматофитий от других кожных заболеваний (псориаз, экзёма, себорейный дерматит, гнездная алопеция, эритематоз).
4. Методы лабораторной диагностики дерматофитий.
- 5.Принципы лечения, меры профилактики и санитарной обработки при дерматофитиях.

Задание на самостоятельную подготовку под контролем преподавателя

- 1.Профилактика микозов: общественная (в банях, душах, спортзалах и бассейнах) и индивидуальная.
- 2.Фавус. Возбудитель. Эпидемиология. Клиническая характеристика поражений волос и гладкой кожи, диагностика.
3. Микиды. Роль сенсибилизации в возникновении микидов.
- 4.Эритразма. Возбудитель. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
5. Роль и значение микологических кабинетов. Санитарно-просветительная работа.

Уровень усвоения II-III

Место проведения занятия - учебная комната кафедры и микологическое отделение.

Продолжительность занятия - 1 академический час 15 минут (75 минут) на каждого 4 занятиях.

План проведения практического занятия:

Введение (вступительное пояснение преподавателя)	5 мин
Контроль исходного уровня знаний с его последующей коррекцией	10 мин
Самостоятельная работа студентов с пациентами	20 мин
Разбор пациентов	25 мин
Тематический контроль знаний	10 мин
Заключение	5 мин

Оснащение занятий:

1. Перечень курируемых пациентов с:
 - разноцветным лишаем;
 - микроспорией;
 - поверхностной трихофитией;
 - инфильтративно-нагноительной трихофитией;
 - кандидозом;
 - эритразмой;
 - сикозом, импетиго;
 - микозом стоп, ногтей, кистей, туловища, складок.
2. Набор задач для контроля исходного уровня знаний.
3. Набор ситуационных задач тематического контроля.
4. Наглядные пособия:
 - муляжи;
 - цветные слайды;
 - рисунки с клиническими проявлениями микозов;
 - карты-задачи,
 - фотографии патогенных грибов;
 - атлас «Кожные и венерические болезни» В. В. Владимира, Б. И. Зудин. М., 1982;

- рецептура системных и наружных противогрибковых средств;
- мультимедийная презентация.

Методика проведения занятий

После проверки присутствующих преподаватель сообщает план занятия. Значимость темы занятия для врача общего профиля определяется: большой распространенностью и ростом дерматофитий. В общей дерматологической структуре заболеваемости дерматофитии занимают второе место.

Кроме того, заболевания, входящие в группу эпидермофитий (эпидермофития, трихофития, микроспория, микоз тулowiща, стоп и фавус), характеризуются высокой контагиозностью, в связи, с чем их изучение имеет большое эпидемиологическое значение, а организация борьбы с ними относится к проблемам социальной государственной значимости

По этой классификации, разработанной в отделе микологии ЦКВИ, эритразма, которая раньше изучалась в группе кератомикозов, в учебнике не рассматривается, т.к. вызывается не грибами, а коринебактериями, и относится к псевдомикозам. При изучении фавуса следует подчеркнуть, что фавус как массовое заболевание ликвидирован и практически не представляется возможным увидеть на занятиях больных с этой патологией.

Воспитательные аспекты занятия

Заключаются в фиксировании внимания студентов при разборе диагностической программы на роль неправильного образа жизни в развитии дерматофитии, особенно на неблагоприятное влияние алкоголя, курения и наркомании на течение и прогрессирование заболеваний. Необходимо оттенить социальную функцию врача-клинициста в борьбе с этими негативными явлениями, приобщение его к гигиеническому образу жизни, занятия физкультурой и спортом.

Контроль и коррекция исходного уровня знаний

Осуществляется решением задач исходного уровня и при работе с пациентами.

Практические навыки:

- методика телесного осмотра дерматологического пациента;
- специальные методы обследования дерматологического пациента;
- первичные и вторичные морфологические элементы кожной сыпи;
- осмотр больного йод лампой Вуда;
- проведение пробы Бальцера с настойкой йода;
- микроскопическое исследование при дерматомикозах;
- методика дезинфекции обуви при грибковых заболеваниях стоп.

Пример задач для определения исходного уровня знаний

1. Для какого из заболеваний патогномонична йодная проба Бальцера?
 - микроспория
 - паховая эпидермофития
 - + разноцветный лишай
 - кандидоз
2. С каким заболеванием нужно дифференцировать паховую эпидермофитию?
 - разноцветный лишай
 - микроспория
 - микоз тулowiща
 - + эритразма
3. Укажите основные признаки онихомикозов
 - + утолщение ногтевой пластинки

- б) + пожелтение ногтевой пластинки
- в) + крошение, ломкость ногтевой пластинки
- г) выраженные воспалительные явления ногтевого валика
- д) вид «наперстка»

4. Назовите основного возбудителя кандидозов

- а) + *Candida albicans*
- б) *Trichophyton interdigitale*
- в) *Pityrosporum orbiculare*

5. Какие лекарственные средства применяются для лечения дерматофитии?

- а) + гризофульвин
- б) оксолиновая мазь
- в) + микосептин
- г) тетрациклин

Коррекция исходного уровня знаний осуществляется при разборе решенных задач, при этом целесообразна демонстрация муляжей, цветных слайдов, таблиц, отражающих вопросы, поставленные в задачах.

Самостоятельная работа студентов с пациентами

Проводится в учебной комнате или микологическом отделении. Группа из 3-4 студентов курирует одного пациента в соответствии с разработанной на кафедре картой куратории. При их подборе преподавателю необходимо предусмотреть, чтобы были представлены пациенты с различными нозологическими формами, с четким эпиданамнезом и клинической картой.

Имея схему ориентировочной основы действия (ООД), студенты самостоятельно собирают жалобы и анамнез заболевания, выясняют источник заражения, проводят клиническое обследование, формируют развернутый диагноз, назначают лечение. Во время самостоятельной работы студентов преподаватель следит за правильностью выполнения методик, способов обследования пациентов.

Клинический разбор курируемых пациентов

Студенты делают сообщения-демонстрации, преподаватель направляет работу и вносит соответствующие корректизы.

При разборе пациента с отрубевидным лишаем необходимо подчеркнуть, что заболевание характеризуется поражением только рогового слоя эпидермиса, отсутствием воспалительных явлений и невысокой контагиозностью.

Предрасполагающей причиной развития микоза могут служить повышенное потоотделение, вегетоневроз, хроническая инфекция и др. заболевания. Диагноз, как правило, не вызывает затруднений. В сомнительных случаях проводят йодную пробу Бальцера - поскабливание пятна («симптом стружки»), свечение лампой Вуда, микроскопическое исследование чешуек на патогенные грибы. Течение заболевания длительное (месяцы и годы). После клинического излечения нередко наступают рецидивы. Следует иметь в виду, что после исчезновения клинических проявлений необходимо проведение в течение месяца противорецидивного лечения. Преподаватель акцентирует внимание студентов на то, что солнечные лучи могут приводить к образованию псевдолейкодермы. При разборе пациента преподаватель со студентами отрабатывает постановку йодной пробы и выявление «симптома стружки». При разборе пациента с микроспорией подчеркивается, что микроспория является наиболее контагиозной из дерматофитий. Болеют преимущественно дети. Заражение происходит путем прямого контакта с больными людьми, животными, либо через различные предметы. Говоря об этом, можно использовать таблицы для демонстрации патогенных грибов. Микроспория бывает, как правило, поверхностной с поражением гладкой кожи и волосистой части головы.

Преподаватель должен указать на важное дифференциально-диагностическое значение, которое имеет зеленоватое свечение пораженных волос под лампой Вуда. Особое внимание обращается на профилактические мероприятия, проводимые при микроспории:

- а) активное выявление больных путем медицинских осмотров, особенно в детских коллективах;
- б) выявление источников заражения;
- в) изоляция больных и их лечение;
- г) профилактические осмотры контактных лиц;
- д) дезинфекция в очаге, в том числе одежды и предметов обихода;
- е) санэпиднадзор за животными (домашними, сельскохозяйственными).

При разборе пациента с рубромикозом необходимо отметить, что это заболевание наиболее распространено среди дерматомикозов. Большое эпидемиологическое значение рубромикоза заключается в том, что инфицирование часто происходит через предметы обихода: неокрашенные деревянные решетки в банях, бассейнах, душевых, а также через полотенца, рукавицы, перчатки, общую обувь в семье. В большинстве случаев болеют взрослые, хотя в последнее время частота регистрации рубромикоза у детей увеличивается. Заболевание подразделяют на несколько клинических разновидностей: микоз стоп, микоз кистей и стоп, микоз ногтевых пластинок и распространенный микоз. Чаще всего поражаются стопы и кисти. Внимание студентов нужно обратить на то, что микоз может имитировать самые разнообразные дерматозы, и поэтому постановка диагноза нередко представляет определенные трудности. Для подтверждения диагноза необходимо не только микроскопическое исследование, но и культуральная диагностика. Будущим врачам общего профиля необходимо знать, что применение больших доз кортикоステроидных препаратов и цитостатиков, лучевой терапии, ВИЧ-инфекция могут способствовать развитию микоза.

При разборе пациента с эритразмой следует, прежде всего, обратить внимание студентов на то, что заболевание вызывается не грибами, а коринебактериями. Предрасполагающим фактором развития эритразмы является повышенное потоотделение. Отсутствие субъективных нарушений часто приводит к тому, что заболевание остается незамеченным, и его обнаруживают лишь при врачебном осмотре. Эритразма локализуется, как правило, в крупных складках, диагноз может быть подтвержден применением йодной пробы или с помощью лампы Вуда. Заболевание может принять хроническое течение с частыми рецидивами, однако смазывание кожи 5% эритромициновой мазью, 3% салициловым спиртом приводит к быстрому выздоровлению. При распространенных формах эритразмы эритромицин назначается рег ос.

В последние годы участились случаи кандидоза кожи, слизистых в связи с частым применением антибиотиков, кортикоステроидов и других видов иммунодепрессивной терапии. Необходимо рассмотреть клинические формы заболевания (урогенитальный кандидоз, кандидоз полости рта, заеда, поражение ногтевых валиков и складок, гранулематозные формы), применение новых эффективных пероральных средств (вориконазол, позаконазол), парентеральных антибиотиков при распространенных формах кандидоза, подробно перечень местных противокандидозных средств.

Итоговый контроль проводится путем решения студентами ситуационных задач. В качестве примера могут быть предложены следующие задачи.

Задача №1

К вам обратился пациент 25 лет, с жалобами на множественные пигментные пятна различной конфигурации и размеров на верхней половине туловища, которые появились после загара. На отдельных участках обнаруживаются единичные пятна желтовато-бурового цвета с отрубевидным шелушением на поверхности.

Вопрос:

О каком заболевании следует думать и какие методы исследования нужно применить для подтверждения диагноза?

Эталон ответа:

1. В данном случае следует думать о разноцветном лишае (единичные пятна желтовато-бурого цвета с отрубевидным шелушением на поверхности, гипопигментированные пятна, появившиеся после загара, с локализацией высыпаний на верхней половине туловища).
2. Для уточнения диагноза необходимо провести:
 - а) серологическое исследование крови на сифилитическую инфекцию;
 - б) йодную пробу Бальцера;
 - в) выявить характер свечения пятен под лампой Вуда;
 - г) лабораторное (микроскопическое) исследование чешуек из очагов поражения кожи на патогенные грибы.

Задача №2

К дерматологу обратилась молодая женщина с жалобами на поражение кожи туловища. Больна в течение одного месяца. Дерматологический статус: на коже верхней части туловища, шеи пятна округлой формы с четкими границами, кофейного цвета.

Вопросы:

1. Дифференциальный диагноз?
2. Методы обследования?

Задача №3

К детскому дерматологу обратился ребенок 6 лет с жалобами на выпадение волос в виде единичного очага на волосистой части головы. Впервые мать заметила очаг около недели назад. Самостоятельно лечила ребенка настойкой чеснока. Эффекта от терапии не наблюдалось. Дерматологический статус: на волосистой части головы определяется очаг выпадения волос, округлой формы, с шелушением. В очаге поражения волосы определяются обломки волос на уровне 3-5 мм. Зона расшатанных волос не определяется

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Необходимые исследования для его уточнения?
3. Тактика врача.

Задача №4

К вам обратился больной, 25 лет, с жалобами на множественные пигментные пятна различной конфигурации и размеров на верхней половине туловища, которые появились после загара. На отдельных участках обнаруживаются единичные пятна желтовато-бурого цвета с отрубевидным шелушением на поверхности.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать и какие методы исследования нужно применить для подтверждения диагноза?
2. Назовите методы лечения заболевания.

Задача №5

На прием к дерматологу обратился мужчина 35 лет, животновод по профессии, с жалобами на поражение кожи лица. Болен в течение нескольких дней. Дерматологический статус: на коже лица в области бороды очаг поражения округлой формы, резко гиперемирован с большим количеством гнойных корочек. Из фолликулов выдавливается гной, напоминающий мед.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Необходимые методы исследования для подтверждения диагноза.
3. Тактика врача.

Задача №6

У пациентки, страдающей ожирением II ст., наблюдается поражение крупных складок: подмышечных, паховых, под молочными железами. Процесс представлен эритематозными высыпаниями кирпично-красного цвета с четкими границами, округло-овальных очертаний, с муковидным шелушением на поверхности. Субъективные ощущения отсутствуют.

Вопросы:

1. Назовите предположительный диагноз.
 2. Наметьте план обследования больной с целью уточнения диагноза.
 3. Назначьте лечение.
 4. Дифференциальный диагноз.
2. Бородавки, контагиозный моллюск: этиология, клинические формы, лечение.

Задача №7

Детским эндокринологом в клинику кожных болезней направлена 10-летняя девочка по поводу поражения указательного пальца и мизинца правой кисти. При осмотре у края валика, на границе с ногтем отмечаются гиперемия и отечность. Процесс охватывает весь валик указательного пальца. Эпонихиум (ногтевая надкожица) на больных пальцах отсутствует. При надавливании на пораженный валик гнойных выделений нет, отмечается лишь легкая болезненность. Ногти больных пальцев изменены: тусклые и утолщенные, покрыты коричневыми поперечными бороздками.

Вопросы:

1. Обоснуйте диагноз заболевания, для которого характерна вышеописанная клиническая картина.
2. Какое лечение Вы назначите ребенку?

Задача №8

Ребенок 6 лет. Очаг выпадения волос в теменной области в/ч головы. Очаг появился 1 месяц назад. Об-но на коже в/ч головы очаг выпадения волос округлой формы, шелушение, обломки волос на уровне 6-8 мм.

Вопросы: 1. Диагноз? 2. Необходимые исследования для его уточнения. 3. Дифференциальный диагноз. 4. Лечение. 5. Профилактические мероприятия.

Задача №9

К Вам обратился мужчина 43 лет, у которого на подошвах имеется муковидное шелушение по ходу кожных борозд. Все ногтевые пластинки стоп и кистей серовато-желтого цвета, утолщены и частично разрушены. Обследуйте пациента и наметьте тактику лечения.

1. В данном случае можно думать о микозе стоп и онихомикозе (муковидное шелушение по ходу кожных борозд и поражение всех ногтевых пластинок стоп и кистей). Для подтверждения диагноза необходимо провести исследование чешуек с подошв и патологического материала с ногтей на патогенные грибы и культуральное исследование для выявления вида возбудителя.
2. Пациенту следует назначить тербинафин, итраконазол, внутрь и провести местное лечение микоза стоп.
3. С целью профилактики рецидива заболевания рекомендуют дезинфекцию обуви.

Заключение

Преподаватель подводит итоги занятия, оценивает степень подготовленности студентов, дает задание на дом в соответствии с темой следующего занятия.

ТЕМА №7. МИКОЗЫ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ: ВОЗБУДИТЕЛЬ, КЛИНИКА, ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ. МИКОЗ СТОП: ЭТИОЛОГИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ. ЛЕЧЕНИЕ МИКОЗОВ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ, ГЛАДКОЙ КОЖИ И НОГТЕЙ: СИСТЕМНЫЕ АНТИМИКОТИКИ, ФУНГИЦИДНЫЕ НАРУЖНЫЕ СРЕДСТВА. КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ. ПРОФИЛАКТИКА ЗООФИЛЬНЫХ ТРИХОМИКОЗОВ, ПРОФИЛАКТИКА АНТРОПОФИЛЬНЫХ ТРИХОМИКОЗОВ, ПРОФИЛАКТИКА МИКОЗОВ СТОП

Цель практического занятия

Научить студентов диагностировать дерматофитии, проводить дифференциальный диагноз, определять тактику лечения пациентов с микозами волосистой части головы, паховой области и онихомикозами, наметить комплекс обследований. Ознакомить студентов с противогрибковыми антибиотиками, механизмом их действия, схемами и сроками лечения. Ознакомить с критериями излеченности, профилактикой микозов.

Конкретные цели занятий

Студенты должны уметь:

1. Собирать эпидемиологический анамнез: выявить источник заражения, контактных лиц, установить пути передачи инфекции, давность заражения.
2. Поставить клинический диагноз типичных форм дерматофитий: отрубевидного лишая, эритразмы, микроспории, рубромикоза, эпидермофитии, трихофитии; распознавать клинические проявления фавуса, кандидоза.
3. Проводить дифференциальный диагноз между различными формами дерматофитий и сходными кожными заболеваниями с освоением ряда дифференциально-диагностических методов (проба Бальцера, свечение с применением лампы Вуда, феномен стружки и др.).
4. Правильно забирать патологический материал для лабораторной диагностики и пр-вести бактериоскопическое исследование на грибы.
5. Выбирать рациональный метод специфической терапии, выписывать рецепты противогрибковых средств (системные и наружные).
6. Организовать профилактические мероприятия при дерматофитиях.

Студент должен знать

В результате подготовки к занятию студенты должны знать:

- 1.Биологию дерматофитов, эпидемиологию, факторы риска и патогенетические механизмы дерматофитий.
- 2.Классификацию микозов (клиническую и МКБХ).
- 3.Типичные клинические проявления при этих заболеваниях и основные дифференциально-диагностические отличия клинических форм дерматофитий от других кожных заболеваний (псориаз, экзема, себорейный дерматит, гнездная алопеция, эритематоз).
- 4.Методы лабораторной диагностики дерматофитий.
- 5.Принципы лечения, меры профилактики и санитарной обработки при дерматофитиях.

Задание на самостоятельную подготовку под контролем преподавателя

- 1.Профилактика грибковых заболеваний: общественная (в банях, душах и бассейнах) и индивидуальная.
- 2.Фавус. Возбудитель. Эпидемиология. Клиническая характеристика поражений волос и гладкой кожи, диагностика.
- 3.Микиды. Роль сенсибилизации в возникновении микидов.

4. Эритразма. Возбудитель. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
5. Роль и значение микологических кабинетов. Санитарно-просветительная работа.

Уровень усвоения II-III

Место проведения занятия - учебная комната кафедры и микологическое отделение.
Продолжительность занятия - 1 академический час 15 минут (75 минут) на каждого 4 занятиях.

План проведения практического занятия:

Введение (вступительное пояснение преподавателя)	5 мин
Контроль исходного уровня знаний с его последующей коррекцией	10 мин
Самостоятельная работа студентов с пациентами	20 мин
Разбор пациентов	25 мин
Тематический контроль знаний	10 мин
Заключение	5 мин

Оснащение занятий:

1. Перечень курируемых пациентов с:
 - разноцветным лишаем;
 - микроспорией;
 - поверхностной трихофитией;
 - инфильтративно-нагноительной трихофитией;
 - микозами (гладкой кожи, ногтей, стоп, складок);
 - кандидозом;
 - эритразмой;
 - паховой эпидермофитией;
 - онихомикозом стоп и кистей;
 - сикозом, импетиго.
2. Набор задач для контроля исходного уровня знаний.
3. Набор ситуационных задач тематического контроля.
4. Наглядные пособия:
 - муляжи;
 - цветные слайды;
 - рисунки с клиническими проявлениями микозов, онихомикозов;
 - карты-задачи,
 - фотографии патогенных грибов;
 - атлас «Кожные и венерические болезни» В. В. Владимиров, Б. И. Зудин. М., 1982;
 - рецептура системных и наружных противогрибковых средств;
 - мультимедийная презентация.

Методика проведения занятий

После проверки присутствующих преподаватель сообщает план занятия. Значимость темы занятия для врача общего профиля определяется: большой распространенностью и ростом дерматофитий. В общей дерматологической структуре заболеваемости дерматофитии занимают второе место.

Кроме того, заболевания, входящие в группу эпидермофитий (эпидермофития, трихофития, микроспория, рубромикоз и фавус), характеризуются высокой контагиозностью, в связи, с чем их изучение имеет большое эпидемиологическое значение, а организация борьбы с ними относится к проблемам социальной государственной значимости

Воспитательные аспекты занятия

Заключаются в фиксировании внимания студентов при разборе диагностической программы на роль неправильного образа жизни в развитии дерматофитии, особенно на

неблагоприятное влияние алкоголя, курения и наркомании на течение и прогрессирование заболеваний. Необходимо оттенить социальную функцию врача-клинициста в борьбе с этими негативными явлениями, приобщение его к гигиеническому образу жизни, занятия физкультурой и спортом.

Контроль и коррекция исходного уровня знаний

Осуществляется решением задач исходного уровня и при работе с пациентами.

Практические навыки:

- методика телесного осмотра дерматологического пациента;
- специальные методы обследования дерматологического пациента;
- первичные и вторичные морфологические элементы кожной сыпи;
- осмотр больного йод лампой Вуда;
- проведение пробы Бальцера с настойкой йода;
- микроскопическое исследование при дерматомикозах;
- методика дезинфекции обуви при грибковых заболеваниях стоп.

Пример задач для определения исходного уровня знаний

1. Для какого из заболеваний патогномонична йодная проба Бальцера?
 - a) микроспория
 - б) паховая эпидермофития
 - в) + отрубевидный лишай
 - г) Кандидоз
1. С каким заболеванием нужно дифференцировать паховую эпидермофитию?
 - д) отрубевидный лишай
 - е) микроспория
 - ж) микоз туловища
 - з) + эритразма
2. Укажите основные признаки онихомикозов
 - а) + утолщение ногтевой пластиинки
 - б) + пожелтение ногтевой пластиинки
 - в) + крошение, ломкость ногтевой пластиинки
 - г) выраженные воспалительные явления ногтевого валика
 - д) вид «наперстка»
3. Назовите основного возбудителя кандидозов
 - а) + *Candida albicans*
 - б) *Trichophyton interdigitale*
 - в) *Pityrosporum orbiculare*
4. Какие лекарственные средства применяются для лечения дерматофитии?
 - а) + гризофульвин
 - б) оксолиновая мазь
 - в) + микосептин
 - г) тетрациклин

Коррекция исходного уровня знаний осуществляется при разборе решенных задач, при этом целесообразна демонстрация муляжей, цветных слайдов, таблиц, отражающих вопросы, поставленные в задачах.

Самостоятельная работа студентов с пациентами

Проводится в учебной комнате или микологическом отделении. Группа из 3-4 студентов курирует одного пациента в соответствии с разработанной на кафедре картой

курации. При их подборе преподавателю необходимо предусмотреть, чтобы были представлены пациенты с различными нозологическими формами, с четким эпиданамнезом и клинической картой.

Имея схему ориентировочной основы действия (ООД), студенты самостоятельно собирают жалобы и анамнез заболевания, выясняют источник заражения, проводят клиническое обследование, формируют развернутый диагноз, назначают лечение. Во время самостоятельной работы студентов преподаватель следит за правильностью выполнения методик, способов обследования пациентов.

Клинический разбор курируемых пациентов

Студенты делают сообщения-демонстрации, преподаватель направляет работу и вносит соответствующие корректизы.

При разборе пациента с отрубевидным лишаем необходимо подчеркнуть, что заболевание характеризуется поражением только рогового слоя эпидермиса, отсутствием воспалительных явлений и невысокой контагиозностью.

Предрасполагающей причиной развития микоза могут служить повышенное потоотделение, вегетоневроз, хроническая инфекция и др. заболевания. Диагноз, как правило, не вызывает затруднений. В сомнительных случаях проводят йодную пробу Бальцера - поскабливание пятна («симптом стружки»), свечение лампой Вуда, микроскопическое исследование чешуек на патогенные грибы. Течение заболевания длительное (месяцы и годы). После клинического излечения нередко наступают рецидивы. Следует иметь в виду, что после исчезновения клинических проявлений необходимо проведение в течение месяца противорецидивного лечения. Преподаватель акцентирует внимание студентов не то, что солнечные лучи могут приводить к образованию псевдолейкодермы, в связи, с чем необходимо проводить дифдиагноз с лейкодермой вторичного периода сифилиса. При разборе пациента преподаватель со студентами отрабатывает постановку йодной пробы и выявление «симптома стружки». При разборе пациента с микроспорией подчеркивается, что микроспория является наиболее контагиозной из дерматофитий. Болеют преимущественно дети. Заражение происходит путем прямого контакта с больными людьми, животными, либо через различные предметы. Говоря об этом, можно использовать таблицы для демонстрации патогенных грибов. Микроспория бывает, как правило, поверхностной с поражением гладкой кожи и волосистой части головы. Преподаватель должен указать на важное дифференциально-диагностическое значение, которое имеет зеленоватое свечение пораженных волос под лампой Вуда. Особое внимание обращается на профилактические мероприятия, проводимые при микроспории:

- а) активное выявление больных путем медицинских осмотров, особенно в детских коллективах;
- б) выявление источников заражения;
- в) изоляция больных и их лечение;
- г) профилактические осмотры контактных лиц;
- д) дезинфекция в очаге, в том числе одежды и предметов обихода;
- е) санэпиднадзор за животными.

Итоговый контроль проводится путем решения студентами ситуационных задач. В качестве примера могут быть предложены следующие задачи.

Задача №1

Больной М., 48 лет, страдающий сахарным диабетом, через несколько недель после посещения бани заметил у себя в паховой области высыпания в виде пятен, которые начинают увеличиваться в размерах и вызывают зуд после сильного потоотделения. Объективно: в пахово - бедренно - мошоночных складках, на внутренней поверхности бедер имеются крупные очаги, ярко красного цвета с гиперемированной, мацерированной поверхностью и приподнятым отечным краем, имеются

также корочки, пузырьки. Лабораторно при исследовании чешуек из очагов поверхности обнаружены нити мицелия гриба.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие лабораторные исследования следует провести дополнительно?
3. План лечения.

Задача №2

У больного ногтевые пластинки I и V пальцев стоп утолщены, желто-серого цвета. В складке между III и IV пальцами левой стопы имеется трещина, по периферии которой отмечается краснота, отечность, мокнущие и мацерация, отдельные эрозии. Характерны округлые очертания, резкие границы и бахромка беловатого цвета по периферии отслаивающегося эпидермиса по краям эрозии. Других поражений кожи и ногтей не выявлено. Сопутствующая патология: варикозное расширение вен нижних конечностей.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Обоснуйте необходимость лабораторного исследования.
3. Принципы лечения.
4. Рекомендуйте меры профилактики.

Задача №3

На прием обратилась больная 64 лет с жалобами на поражение подошв и ногтевых пластинок стоп. Объективно: кожа подошв застойно гиперемирована, диффузно утолщен роговой слой. Поверхность кожи сухая, покрыта, особенно в области подчеркнутых кожных борозд, муковидными чешуйками. В процесс вовлечены все ногтевые пластинки стоп: ногти буровато-серого цвета, с явлениями подногтевого гиперкератоза, утолщены и деформированы. Ногти I-го, II-го, III-го пальцев обеих стоп с признаками онихографоза. При ходьбе в области больших пальцев больная испытывает боль. Пациентка страдает рецидивирующими рожистым воспалением голеней.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз.
2. Наметьте необходимые лабораторные исследования.
3. Перечислите принципы терапии и профилактики данного заболевания.

ТЕМА №8. ВИРУСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ. ПРОСТОЙ И ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ. КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК, БОРОДАВКИ ПРОСТЫЕ (ВУЛЬГАРНЫЕ) И ПЛОСКИЕ, ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ

Цель практического занятия

Студент должен уметь поставить диагноз простого и опоясывающего герпесов, бородавок и контагиозного моллюска, провести дифференциальный диагноз, назначить лечение и при необходимости наметить мероприятия, направленные на предотвращение распространения инфекции.

Конкретные цели занятия

В результате занятия студент должен уметь:

1. Распознать клинические проявления герпесов, бородавок и контагиозного моллюска.
2. Провести дифференциальный диагноз между проявлениями вирусных дерматозов, сходными кожными заболеваниями и сифилисом.
3. На основании данных анамнеза и клинических проявлений поставить диагноз герпесов, бородавок и контагиозного моллюска.
4. Назначить лечение при вирусных дерматозах, в зависимости от характера заболевания, а

также владеть основными методами предотвращения распространения инфекционного процесса при герпесах и контагиозном моллюске.

К занятию студент должен знать:

1. Этиологию и патогенез герпесов, бородавок и контагиозного моллюска.
2. Пути распространения этих инфекций и возможные пути заражения.
3. Типичные клинические проявления изучаемых дерматозов.
4. Основные дифференциально-диагностические отличия вирусных дерматозов от других кожных заболеваний и сифилиса.
5. Общие принципы лечения герпесов, а также бородавок и контагиозного моллюска.

Задание на самостоятельную подготовку под контролем преподавателя

- 1.Бородавки. Возбудитель. Эпидемиология. Клиника. Клинические формы. Диагностика. Лечение. Профилактика.
- 2.Контагиозный моллюск. Возбудитель. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика

Уровень усвоения II III

Место проведения занятия – учебная комната кафедры и микологическое отделение.
Продолжительность занятия – 1 академический час 15 минут (75 минут) на каждого 4 занятиях.

План проведения практического занятия:

Введение (вступительное пояснение преподавателя)	5 мин
Контроль исходного уровня знаний с его последующей коррекцией	10 мин
Самостоятельная работа студентов с пациентами	20 мин
Разбор пациентов	25 мин
Тематический контроль знаний	10 мин
заключение	5 мин

Оснащение занятия

1. Перечень курируемых пациентов с:

- простым герпесом;
- опоясывающим лишаем;
- бородавками;
- широкими кондиломами;
- буллезным дерматозом;
- чесоточными папулами и язвами в области гениталий.

2. Набор задач для контроля исходного уровня знаний.

3. Набор ситуационных задач тематического контроля .

4. Наглядные пособия:

- муляжи;
- цветные слайды;
- карты-задачи,
- мультимедийная презентация, местный осветитель;
- шпатели, дезинфекционные средства, марлевые салфетки.

Методика проведения занятия

После проверки присутствующих преподаватель сообщает план проведения занятия. Значимость темы занятия для врача общего профиля определяется постоянным ростом вирусных заболеваний кожи и в первую очередь простого и опоясывающего герпесов. Оба

эти заболевания могут встретиться в практике врача любой специальности, т.к. они нередко выступают в роли второй болезни при злокачественных опухолях, лейкозах, а также у пациентов получающих лечение кортикостероидными гормонами и цитостатическими препаратами.

Указанные обстоятельства диктуют необходимость ранней диагностики и назначения адекватной терапии при указанных заболеваниях.

Значителен также удельный все вульгарных и остроконечных бородавок в структуре дерматологической заболеваемости. Если вульгарные и плоские бородавки в большинстве случаев распознаются без труда и являются косметическими недостатками, остроконечные кондиломы и подошвенные бородавки могут симулировать ряд других заболеваний и, в частности, сифилис.

Указанные обстоятельства говорят о необходимости знания этих поражений кожи гинекологами, урологами, хирургами и врачами других профилей.

Необходимо также знание такой патологии, как контагиозный моллюск, который довольно часто наблюдается в детском возрасте и может приводить к вспышкам в детских коллективах.

Говоря о лечении простого герпеса, следует подчеркнуть, что специфические противовирусные препараты (ацикловир, оксолиновая, теброфеновая, интерфероновая мази, а также мази и др.) целесообразно применять в самом начале развития процесса, а не в эрозивной и тем более корковой стадиях, когда размножение вируса уже завершилось. Для предотвращения рецидивов заболевания применяется герпетическая поливакцина.

Воспитательные аспекты занятия

Следует подчеркнуть, что борьба с вирусами является одной из основных задач современной медицины. В этом плане проводится большой комплекс исследований, в результате которых в последние годы появились возможности оказывать пациенту с вирусными дерматозами реальную помощь. Необходимо подчеркнуть, что злоупотребление алкоголем, наркомания могут играть существенную роль в возникновении вирусных поражений кожи, и особенно группы герпесов, в силу их влияния на иммунную систему организма.

Контроль и коррекция исходного уровня знаний

Осуществляется путем решения задач исходного уровня.

Практические навыки:

- методика телесного осмотра дерматологического пациента;
- специальные методы обследования дерматологического пациента;
- первичные и вторичные морфологические элементы кожной сыпи.

Пример задач для определения исходного уровня знаний

1. Каковы первичные элементы при герпетических поражениях кожи?
 - а) + везикулы
 - б) бугорки
 - в) волдыри
 - г) узлы
 - д) папулы
2. Какая из перечисленных локализаций наиболее характерна для опоясывающего герпеса?
 - а) ягодицы
 - б) пальцы рук
 - в) слизистая оболочка полости рта

- г) + кожа грудной клетки
- д) кожа ягодиц

3. С какими из указанных заболеваний в первую очередь необходимо дифференцировать остроконечные бородавки, локализующиеся в перианальной области?

- а) + вторичный период сифилиса (широкие кондиломы)
- б) дрожжевые поражения
- в) геморроидальные шишки
- г) нейродермит
- д) экзема

Коррекция исходного уровня знаний осуществляется при разборе решения задач, при этом целесообразна демонстрация муляжей и слайдов; отражающих вопросы, поставленные в задачах. В процессе коррекции исходного уровня знаний преподавателем затрагиваются деонтологические аспекты данной темы. Преподаватель должен убедиться в том, что в результате самоподготовки студенты едины в понимании ориентировочной основы действия в соответствии с задачами данного занятия

Основные этапы ОД по теме «Вирусные дерматозы»:

1. Собрать анамнез, обращая внимание на возможное время и путь заражения (при герпесах и контагиозном моллюске).
2. Провести осмотр пациента с написанием локального статуса и заполнением контрольной карты курации.
3. На основании данных анамнеза и клинических симптомов заподозрить диагноз вирусного поражения кожи и наметить пути его уточнения.
4. Провести тщательный анализ выявленных при клиническом обследовании данных и с учетом необходимых дифференциально-диагностических критериев убедиться в правильности своего положения.
5. Сформулировать диагноз заболевания и обосновать его.
6. Составить схему лечения с учетом клиники, течения и стадии процесса.
7. Дать рекомендации по профилактике распространения инфекции.

Самостоятельная работа студентов с пациентами

Проводится в палате или учебной комнате. Группа 3-4 студента курируют одного пациента. Каждый студент, приступая к работе должен иметь схему ОД, рекомендованную кафедрой. Студенты работают с пациентами самостоятельно, однако, преподаватель на этом этапе занятия выступает в роли консультанта, разъясняя студентам вопросы, вызывающие у них затруднения. После окончания работы студентов с пациентами преподаватель проводит их клинический разбор.

Разбор начинается с наиболее типичных пациентов с опоясывающим лишаем и простым герпесом.

Студенты делают сообщения-демонстрации, преподаватель направляет их работу и вносит соответствующие корректизы.

При разборе пациентов студент должен усвоить следующие сведения.

1. Простой герпес

Клинические проявления заболевания в типичном варианте и атипичные формы, наиболее частую локализацию сыпи, склонность процесса к рецидивированию, факторы, способствующие развитию рецидивов, возможность половой передачи генитального герпеса, возможность вовлечения в процесс периферической нервной системы и внутренних органов (поражение прямой кишки, пищевода, печени).

Дифференциально-диагностические критерии между простым и опоясывающим герпесами. Лечение, направленное на купирование каждого рецидива и предупреждение рецидивов.

2. Опоясывающий герпес

Клинические проявления типичного опоясывающего герпеса и его атипичных вариантов, излюбленную локализацию процесса, возможность возникновения у детей, контактирующих с больным ветряной оспой. Возможность развития генерализованных форм заболевания, приводящих к летальному исходу, у пациентов со злокачественными опухолями и лейкозами. Студент должен усвоить, что первые симптомы опоясывающего лишая в виде резких болей могут симулировать стенокардию, инфаркт миокарда, острый аппендицит. Студент должен знать дифференциально-диагностические признаки, позволяющие отличить опоясывающий герпес от рожи, простого герпеса и буллозных дерматозов, уметь назначать лечение, направленное на быстрое купирование болей, регресс сыпи и предотвращение постэруптивных невралгий.

3.Бородавки

Разновидности бородавок (обычные, плоские, подошвенные, остроконечные). Клинические проявления, факторы, способствующие возникновению бородавок, роль ЦНС в патогенезе заболевания. Дифференциально-диагностические критерии, позволяющие отличить бородавки от проявлений вторичного сифилиса. Методы лечения бородавок.

4.Контагиозный моллюск

Клинические проявления заболевания, его развитие преимущественно в детском возрасте. Возможность заражения при прямом контакте и возникновение в связи с этим вспышек в детских учреждениях. Студент должен знать, что у взрослых заболевание может передаваться при половом акте, при этом сыпь локализуется в области гениталий, лобка, бедер. Студент должен усвоить положение о том, что ребенок с контагиозным моллюском, удаляется из детского коллектива, знать методы лечения заболевания.

Итоговый тематический контроль

Итоговый контроль проводится путем решения студентами ситуационных задач. В качестве примера могут быть предложены следующие задачи:

Задача №1

На прием к врачу терапевту обратился пациент 65 лет с жалобами на резкие боли в левой половине грудной клетки. Болен 5 дней, боли постепенно усиливаются. При осмотре на коже правой половины грудной клетки по ходу межреберных нервов располагается линейный очаг поражения. Кожа в нем отечна, гиперемирована. На этом фоне располагаются множественные сгруппированные везикулы с прозрачным содержимым, отмечается появление свежих высыпаний.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Ваша тактика по отношению к пациенту?
3. Какое необходимо назначать лечение?

Эталон ответа:

1. В данном случае следует думать об опоясывающем герпесе (везикулезная сыпь на отчетливо гиперемированном фоне, располагающаяся по ходу межреберных нервов, сопровождающаяся сильной болезненностью).
2. Пациента следует тщательно обследовать с целью исключения опухоли внутренних органов или заболевания крови, на фоне которых у пожилых людей нередко развивается опоясывающий герпес.
3. Учитывая продолжающееся прогрессирование процесса, пациенту следует назначить инъекции дезоксирибонуклеазы, анальгин с пирамидоном, витамины В₁ и В₁₂, местно противовирусные мази (ацикловир, оксолиновая, теброфеновая, мегосина). Пациент должен избегать переохлаждения, ему запрещается мыться.
4. Если у него дома имеются дети, его необходимо изолировать, т. к. не исключается

возможность развития у детей ветряной оспы при контакте с больным опоясывающим лишаем.

Задача №2

На прием обратился пациент, 32 года, с жалобами на сыпь и чувство жжения на коже полового члена. Болен год. За это время аналогичные высыпания появлялись 6 раз, и возникновению предшествовало переохлаждение. Сыпь, просуществовав 7—10 дней, исчезала. При осмотре на коже полового члена имеется очаг размером с однокопеечную монету. Кожа на нем отечна и гиперемирована, на фоне чего имеются мелкие пузырьки и полициклические эрозии. Инфильтрата в основании эрозии нет. Паховые лимфоузлы незначительно увеличены, слегка болезненны, тестоватой консистенции.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое необходимо провести лечение?

Эталоны ответа:

1. Можно думать о рецидивирующем и генитальном герпесе (пузырьки и полициклические эрозии на отечно-гиперемированном фоне, сопровождающиеся чувством зуда. Процесс периодически рецидивирует, в основном после переохлаждения).
2. В первую очередь дифференциальный диагноз проводится с первичным периодом сифилиса. Против этого диагноза говорит полициклический характер эрозии, отсутствие плотно-эластического инфильтрата в их основании, наличие зуда, отсутствие регионарного склераденита. Вместе с тем у пациента необходимо собрать половой анамнез, произвести исследование отделяемого эрозии на бледную трепонему и серологическое исследование крови.
3. С целью предотвращения рецидива необходимо назначать герпетическую поливакцину. Для купирования каждого рецидива рекомендуются противовирусные мази (ацикловир, мегасина, оксолиновая и др.). Необходимо объяснить пациенту, что в момент рецидива он должен воздержаться от половых связей, т. к. в этот период вероятность заражения партнера наиболее вероятна.

Задача №3

На прием к врачу терапевту обратился больной, 65 лет, с жалобами на резкие боли в левой половине грудной клетки. Болен 5 дней, боли постепенно усиливаются. При осмотре на коже правой половины грудной клетки по ходу межреберных нервов располагается линейный очаг поражения. Кожа в нем отечна, гиперемирована. На этом фоне располагаются множественные сгруппированные везикулы с прозрачным содержимым, отмечается появление свежих высыпаний.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какое необходимо назначать лечение?

Задача №4

На прием обратился больной, 32 года, с жалобами на сыпь и чувство жжения на коже полового члена. Болен год. За это время аналогичные высыпания появлялись 6 раз, и возникновению предшествовало переохлаждение. Сыпь, просуществовав 7-10 дней, исчезала. При осмотре на коже полового члена имеется очаг размером с однокопеечную монету. Кожа в нем отечна и гиперемирована, имеются мелкие пузырьки и полициклические эрозии. Инфильтрата в основании эрозии нет. Паховые лимфоузлы незначительно увеличены, слегка болезненны, тестоватой консистенции.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое необходимо провести лечение?

Задача №5

Больная М., 30 лет, обратилась к врачу по поводу высыпаний на коже живота. Субъективных ощущений нет. При осмотре: на коже нижней части живота, лобка имеется множество полушаровидной формы узелков размером до горошины, гладкие, блестящие, цвета нормальной кожи, в центре отмечается пупковидное вдавление.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие средства и методы лечения можно применить после установления диагноза?

Задача №6

Больной С., 16 лет, обратился к врачу по поводу высыпаний в области кистей. Болен 2 года, не лечился. При осмотре: на коже тыла кистей множество узелков цвета нормальной кожи, плоских, округлых очертаний, плотных, с бородавчатой поверхностью, размером от просяного зерна до чечевицы.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
3. Какие методы лечения следует применить при данном заболевании?

Задача №7

Больная П., 35 лет, обратилась в поликлинику по поводу болезненных образований на коже подошв, затрудняющих ходьбу. При осмотре: на коже подошв (в местах постоянного давления обувью) имеются желтоватого цвета образования, покрыты толстыми роговыми наслойениями, болезненные при надавливании.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Задача №8

Ребенок С., 10 лет поступил в кожное отделение по направлению педиатра с диагнозом: стрептококковое импетиго. Жалобы при поступлении на наличие сыпи на коже нижних конечностей. Самостоятельное лечение кортикоидными мазями, синтомициновой эмульсией эффекта не принесло. Единичные элементы сыпи вскрывались и подсыхали, но одновременно появлялись новые элементы.

Дermatologический статус: на коже внутренней поверхности бедер, ягодиц определяются плотные по консистенции, полушаровидной формы узелки цвета нормальной кожи величиной от булавочной головки до чечевицы. В центре узелков - пупкообразное вдавление. При сдавливании пинцетом из узелков выделяется белая кашицеобразная творожистая масса.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Тактика ведения больного.

Задача №9

Больной А., 28 лет поступил с жалобами на поражение головки полового члена и крайней плоти. Из анамнеза выяснено: не женат, ведет беспорядочную половую жизнь. Dermatologический статус: на головке полового члена и в области внутреннего листка крайней плоти маленькие бородавчатые образования на тонкой ножке, по форме напоминающие цветную капусту (петушиный гребень). Цвет от бледно - розового до интенсивно - красного. Образования мягкие, не сращены с окружающими тканями. При эндокринном анализе ДНК, выделенной из инфицированных тканей - обнаружен папилломы человека тип 6, 11.

Вопросы:

1. Вид диагноз.
2. Перечислите основные методы лечения.

Заключение

Преподаватель подводит итоги занятия, оценивает степень подготовленности студентов, дает задание на дом в соответствии с темой следующего занятия.

ТЕМА 9. ПСОРИАЗ, КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТО-ГЕНЕЗ. ОБЫЧНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ПСОРИАЗА: ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ, ТЕЧЕНИЕ (ТРИ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ФЕНОМЕН КЕБНЕРА), СЕЗОННОСТЬ, ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ. ПОНЯТИЕ ОБ ЭКССУДТИВНОЙ И АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМАХ ПСОРИАЗА И О ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ. КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ: ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ

Общая цель практического занятия

Научить студентов диагностировать типичные формы псориаза, красного плоского лишая, проводить дифференциальный диагноз с клинически сходными дерматозами, усвоить принципы терапии этих заболеваний.

Конкретные цели занятия

В результате занятия студент должен уметь:

1. Распознавать клинические проявления псориаза, красного плоского лишая.
2. Определять триаду псориатических феноменов, воспроизвести феномен Кебнера, определять сетку Уикхема.
3. Поставить диагноз типичной формы псориаза, красного плоского лишая, а также распознать клинические формы и стадии течения этих дерматозов.
4. Провести дифференциальный диагноз между клинически сходными заболеваниями кожи.
5. Назначить лечение пациентам с псориазом, красным плоским лишаем с учетом клинической формы и стадии заболевания.

Задание на самоподготовку студентов во внеурочное время

В результате подготовки к занятию студент должен знать:

1. Концепции этиологии и патогенеза рассматриваемых дерматозов.
2. Рабочую классификацию псориаза, красного плоского лишая с учетом возраста пациентов и распространенности процесса.
3. Особенности анамнеза у данной группы пациентов.
4. Клинические формы псориаза, красного плоского лишая.
5. Лабораторные и клинические методы обследования.
6. Основные заболевания для проведения дифференциального диагноза.
7. Принципы лечения, возможные осложнения кортикоидной и иммунодепрессивной терапии и методы их коррекции.
8. Основные принципы диспансеризации пациентов с псориазом.

Уровень усвоения II-III

Место проведения занятия - учебная комната кафедры

Продолжительность занятия - 2 академических часа 15 минут (105 мин).

План проведения практического занятия:

Введение (вступительное пояснение преподавателя)	5 мин
Контроль исходного уровня знаний с его последующей коррекцией	15 мин
Самостоятельная работа студентов с пациентами	30 мин

Разбор пациентов	40 мин
Тематический контроль знаний	10 мин
Заключение	5 мин

Оснащение занятия

1. Перечень курируемых пациентов с:

- псориазом с различными клиническими разновидностями заболевания, в разных стадиях процесса;

- красным плоским лишаем;

2. Набор задач для контроля исходного уровня знаний.

3. Набор ситуационных задач для тематического контроля.

4. Перечень наглядных пособий и ТСО:

- Рисунки:

- первичных и вторичных элементов сыпи;

- схема строения кожи;

- патоморфологические изменения в коже.

- Муляжи:

- псориаз;

- красный плоский лишай.

- Рецептура наружных дерматологических средств.

- Учебные слайды по теме: «Псориаз, красный плоский лишай»

- мультимедийная презентация

- Карты-задачи

Методика проведения занятий

После проверки присутствующих преподаватель сообщает план занятия. Значимость темы занятия для врача общего профиля определяется, прежде всего тем, что изучаемые дерматозы, и в первую очередь псориаз, являются наиболее часто встречающимися кожными заболеваниями. Удельный вес псориаза среди других дерматозов колеблется в различных странах от 3 до 15 процентов. Этот дерматоз возникает чаще всего в возрасте от 10 до 30 лет, имеет хроническое рецидивирующее течение, требует преимущественно стационарных методов лечения (в дерматологических стационарах пациенты с псориазом составляют одну из самых многочисленных групп), и у части из них приводит к инвалидности, в первую очередь за счёт развития артрапатической формы заболевания.

Красный плоский лишай также отличается длительностью и упорством течения. Эти особенности рассматриваемых дерматозов необходимо знать врачу общего профиля для дифференциальной диагностики с инфекционными заболеваниями (корью, краснухой, скарлатиной, тифом), а также вторичным периодом сифилиса, что имеет большое значение в плане интеграции преподавания дерматологии с другими медицинскими дисциплинами.

Воспитательные аспекты занятия

При проведении занятия необходимо обратить внимание студентов на роль неправильного образа жизни в развитии изучаемых дерматозов. Особенno следует остановиться на вредных привычках (курение, бытовое пьянство, алкоголизм, наркомания, токсикомания), как причин, утяжеляющих течение и прогноз рассматриваемых дерматозов. Важно подчеркнуть социальную функцию врача-клинициста для проведения воспитательной работы с пациентами с целью пропаганды здорового образа жизни, приобщению его к регулярным занятиям физическими упражнениями, отказ от вредных привычек.

Контроль и коррекция исходного уровня знаний

Осуществляется решением задач исходного уровня и при работе с пациентами.

Примеры задач для определения исходного уровня знаний:

I. Подберите соответствующие пары “вопрос-ответ”

1. красный плоский лишай
2. псориаз

а) папулы синюшно-красного цвета, полигональных очертаний с восковидным блеском и пупкообразным вдавлением в центре.
б) мономорфная сыпь в виде папул и бляшек, ярко-розового цвета плоской формы, покрытых серебристо-белыми чешуйками.

1-а 2-б

2. Укажите среди перечисленных, морфологический элемент при псориазе

- а) + папула
 - б) пятно
 - в) волдырь
 - г) узел
 - д) пузырь
3. Назовите не характерную локализацию сыпи при красном плоском лишае.
- а) туловище
 - б) + передняя поверхность предплечий
 - в) передняя поверхность голеней
 - г) половые органы
 - д) волосистая часть головы

Коррекция исходного уровня знаний осуществляется при разборе решенных студентами задач и может осуществляться либо самими студентами при перекрестной проверке ответов друг от друга, а затем сравнения с эталоном, либо преподавателем путем разбора задач, решенных неверно. При этом преподаватель задает дополнительные вопросы, дает пояснения с привлечением демонстрации муляжей, слайдов, таблиц.

Основные этапы ОД по теме «Псориаз, красный плоский лишай»:

1. Собрать анамнез, обращая внимание на длительность течения заболевания, сезонность, связь начала и рецидивов дерматоза со стрессом, переохлаждением, наличием сопутствующих заболеваний.
2. Провести клинический осмотр пациента с написанием локального статуса и заполнением контрольной карты курации.
3. На основании анамнестических данных и клинического обследования выставить предположительный диагноз и наметить пути его уточнения.
4. Проанализировать полученные при клиническом обследовании данные, провести при необходимости дополнительные методы обследования (выявление псориатической триады, симптома Кебнера) и с учетом дифференциально-диагностических критериев убедиться в правильности диагноза.
5. Сформулировать диагноз заболевания в зависимости от формы дерматоза, стадии течения и его обосновать.
6. Составить и обосновать схему лечения пациента с учетом, формы, стадии заболевания.
7. Дать рекомендации по профилактике рецидивов.

Перед переходом к следующей основной части занятия – самостоятельной работе студентов с пациентом – преподаватель напоминает студентам об особенностях дерматологических пациентов и подчеркивает необходимость соблюдения такта во взаимоотношениях с ними, вежливости и доброжелательности по отношению к ним.

Самостоятельная работа студентов с пациентами

Студенческая группа разделяется на подгруппы (по 2-3 студента), которые самостоятельно в течение 25 минут курируют пациента по теме занятия. На одном двухчасовом занятии полноценно можно разобрать лечение 3-4 пациентов. При их подборе необходимо предусмотреть, чтобы изучаемые дерматозы были представлены по возможности в различных клинических формах. Перед курацией каждая подгруппа получает контрольную карту курации (образец прилагается), которая дает возможность студентам в логической последовательности и по определенной программе осуществлять работу, близкую к деятельности врача. Имея схему ориентировочной основы деятельности, студенты самостоятельно собирают анамнез заболевания, проводят клиническое обследование пациентов, формируют развернутый диагноз, проводят дифференциальный диагноз, назначают лечение, выписывают рецепты. Во время самостоятельной работы студентов преподаватель следит за правильностью выполнения методов обследования, при необходимости знакомит с результатами лабораторных исследований пациентов. В случае возникновения затруднений в обследовании преподаватель дает студентам методические указания, намечает пути рационального решения поставленной задачи. По окончании курации студенты сдают в заполненном виде карты преподавателю.

На следующем этапе занятия студенты докладывают в группе результаты своей работы, придерживаясь схемы, представленной в контрольной карте курации.

Разбор начинается с типичных пациентов с псориазом. Анализируя анамнестические данные лиц с псориазом, следует обратить внимание на факторы, послужившие толчком к появлению болезни, на течение болезни, сезонность, роль генетических факторов заболевания. При клиническом разборе пациентов с псориазом обращается внимание на мономорфный характер высыпаний, их излюбленную локализацию, характерные особенности псориатических папул и бляшек, взаимное расположение элементов, тенденцию к росту и слиянию, субъективные ощущения. Подчеркиваются отличительные особенности стадий течения псориаза, значение изоморфной пробы (феномен Кебнера) в диагностике стадии псориаза. Указывается, что могут быть различные клинические разновидности псориаза: экссудативный, каплевидный, интертригинозный, ладонно-подошвенный, артропатический, пустулезный, псориатическая эритродермия, поражение ногтей и волосистой части головы при псориазе.

Студенты обучаются методике выявления псориатических феноменов, самостоятельно вызывают их у пациентов, технике проведения изоморфной реакции. Акцентируется внимание о необходимости проведения дифференциального диагноза с папулезными и псориатическими сифилидами, красным плоским лишаем, розовым лишаем.

Разбирая вопросы терапии, подчеркивается необходимость лечения в зависимости от стадии процесса и формы заболевания. Разбираются вопросы лечения тяжелых форм псориаза (артропатической, пустулезной, эритродермической), а также иммунносупрессивные патогенетические методы лечения псориаза: фототерапия (ПУВА-терапия и ее разновидности, УФБ-терапия), цитостатики (циклоспорин А, метотрексат), системные ретиноиды (акитретин), биологические препараты (инфликсимаб, адалимумаб).

При разборе пациентов с красным плоским лишаем обращается внимание на длительность течения заболевания, острое его начало, редкость рецидивов, роль инфекционных (вирусных) агентов и эмоциональных стрессов в генезе дерматоза, приеме лекарственных средств. Разбирая клинические особенности заболевания, акцентируется внимание на излюбленной локализации процесса, вовлечение в патологический процесс, помимо кожи, слизистых оболочек, мономорфный характер сыпи, особенности папул красного плоского лишая (восковидный блеск, фиолетово-синюшный цвет, пупкообразное вдавление, сетка Уикхема), характер субъективных ощущений, на значение изоморфной реакции в установлении стадии болезни. Студенты проводят дифференциальный диагноз данного заболевания с псориазом, папулезным сифилидом, назначают лечение с учетом формы и стадии болезни с выпиской соответствующих рецептов.

После разбора курируемых пациентов для повышения эффективности занятия и достижения цели обучения студентов преподаватель проводит итоговый контроль. Тематический контроль знаний студентов осуществляется решением ситуационных задач, ответы на них даются в устной форме и разбираются всей группой.

Пример задачи для тематического контроля знаний

Задача №1

Мужчина 41 года, 10 лет страдал кожным заболеванием. Высыпания постоянные, локализуются на коже локтей, коленей и волосистой части головы. В зимнее время высыпания распространяются на кожу туловища и нижних конечностей. Последнее обострение 2 недели назад. Объективно: на коже волосистой части головы, туловище и конечностях обильное количество папул и бляшек ярко-розового цвета, с четкими границами округлых и фестончатых очертаний, покрытых серебристо-белыми чешуйками. Субъективно зуд.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?

Какие дополнительные исследования надо провести для постановки окончательного диагноза?

Задача №2

Больной К., 17 лет, жалуется на поражение кожи волосистой части головы и конечностей в области локтевых и коленных суставов, легкий зуд и шелушение в очагах поражения. Из анамнеза - болен около 6 месяцев после спортивных соревнований. Отец и мать дерматологически здоровы. У двоюродного брата отмечает периодические высыпания на коже туловища и конечностей в зимний период времени года. Самостоятельно лечился шампунем "От перхоти", а также смазывал участки поражения на конечностях 10% ихтиоловой мазью - эффект отсутствовал (появлялись новые элементы сыпи). Дерматологический статус: на волосистой части головы преимущественно на границе гладкая кожа - волосы, за ушными раковинами, в области разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов определяются эпидермально-дермальные папулы, ярко - красного цвета, плотноватой консистенции, с резкими границами; бляшки покрыты серебристо - белыми крупными чешуйками. Симптом "стеаринового пятна", Ауспитца и Пильнова - положительные. Анализ на грибы с участков поражения - отрицательный (грибы не обнаружены)

Вопросы:

1. Ваш развернутый диагноз

2. На основании каких диагностических признаков выставлен диагноз.

Задача №3

Больная С., 44 лет, поступила в кожное отделение с диагнозом: Красный плоский лишай. Жалобы при поступлении: на поражение волосистой части головы, туловища, чувство стягивания и жжения в очагах поражения, шелушение очагов поражения. Анамнез: страдает заболеванием около 9 лет. Ежегодно лечение на Южном береге Крыма. Отмечает значительное улучшение состояния и стойкий эффект в течение 6 - 8 месяцев. Последнее обострение наступило после внезапной смерти отца. Дерматологический статус: поражение носит распространенный характер с излюбленной локализацией на волосистой части головы, разгибательной поверхности коленных и локтевых суставов, в лumbosakральной области и на коже спины, груди, боковых поверхностях туловища. Определяются эпидермально - дермальные папулы , четко ограниченные от здоровой кожи, ярко - красного на вид цвета, покрытые рыхлыми крупнопластинчатыми чешуйками серебристо - белого цвета, диаметром 2 - 2 мм, правильной формы с четким периферическим валиком роста в виде эритемы. Симптом Ауспитца и Кебнера положительные.

Вопросы:

1. Ваш развернутый диагноз

2. Перечислите диагностические признаки стадии заболевания

Задача №4

Женщина 43 лет поступила с жалобами на поражение слизистой оболочки рта и кожи верхних конечностей сопровождающееся зудом постоянного характера в течение всех суток. Больна около 3 недель после 2 - х сторонней пневмонии (лечилась стационарно). Находится на учете у терапевта по поводу заболевания ЖКТ и сахарного диабета II типа. Дерматологический статус: на коже обеих верхних конечностей - сгибательные поверхности определяется мономорфная сыпь в виде ленты. Первичный элемент плоская папула с вдавлением в центре, полигональной формы, размером от 0,5 до 1 см в диаметре, фиолетово - красного цвета с восковидным блеском, плотноватой консистенции. Наблюдаются единичные бляшки. При смазывании папулы (бляшки) вазелиновым маслом на поверхности определяются белесовато - опаловые цвета тонкие и пересекающиеся в виде сетки линии. На передней поверхности голени определяется положительная изоморфная реакция Кебнера. На слизистой оболочке полости рта (язык, губы) определяются 2 бляшки до 1 см в диаметре покрытые серо - белым "налетом".

Вопросы:

1. Ваш диагноз
2. Перечислите диагностические признаки, подтверждающие ваш диагноз.

Задача №5

Больная 57 лет, поступила в кожное отделение с диагнозом: Ограниченный псориаз стационарная стадия. Жалобы на поражение кожи правой голени, сильный зуд постоянного характера, шелушение мелкопластинчатое. Больна около 13 лет. Обращалась за помощью в ЦРБ. Лечение включало: локальное УФО, преднизолон 0,5% на очаг поражения с кратковременным эффектом и последующим обострением. Дерматологический статус: поражение кожи носит ограниченный характер с локализацией на передней поверхности правой голени. Первичный элемент - плоская папула, бляшка диаметром 3 см x 5 см, с резкими границами. В очаге поражения определяется ороговение белесовато - сиреневого цвета. Симптомы Уикхема и Кебнера - положительные. На коже левого предплечья, сгибательные поверхности папулезные с вдавлением в центре высыпания фиолетового цвета в виде полосы. Папулы полигональной формы с пупкообразным вдавлением в центре, границы четкие, консистенция плотноватая, отсутствует феномен стеаринового пятна, лаковой пленки и точечного кровотечения. РВ на сифилис отрицательная со всеми антигенами.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Основные методы лечения.

Заключение

Преподаватель в конце занятия подводит итоги занятия, оценивает работу студентов, отвечает на вопросы, дает задание на дом по следующей теме.

ТЕМА 10. ПУЗЫРНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ. ПУЗЫРЧАТКА ОБЫЧНАЯ: ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, СИМПТОМЫ (НИКОЛЬСКОГО, АСБО-ХАНЗЕНА), КЛИНИЧЕСКАЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ, ПРОГНОЗ, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ, ПОНЯТИЕ О ЛИСТОВИДНОЙ И ВЕГЕТИРУЮЩЕЙ ПУЗЫРЧАТКЕ. БУЛЛЕЗНЫЙ ПЕМФИГОИД: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ. ГЕРПЕТИФОРМНЫЙ ДЕРМАТОЗ ДЮРИНГА: ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОЗ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ С ПУЗЫРЧАТКОЙ, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОГНОЗ.

Общая цель практического занятия

Научить студентов диагностировать типичные формы пузырных дерматозов (пузырчатку, буллезный пемфигоид, герпетиформный дерматоз Дюринга), уметь определить круг необходимых исследований для подтверждения диагноза, проводить дифференциальную диагностику со схожими заболеваниями и составлять схему индивидуальной терапевтической программы лечения пациента с пузырными дерматозами.

Конкретные цели занятия

Студент должен уметь:

1. Правильно собирать анамнез у пациентов с пузырными дерматозами.
2. Проводить клиническое обследование лиц с вульгарной пузырчаткой, буллезным пемфигоидом, дерматозом Дюринга с целью определения характера сыпи, ее локализации, особенностей для правильного написания локального статуса.
3. Определять диагностические феномены изучаемых дерматозов (симптомы Никольского и т. д.).
4. Интерпретировать лабораторные и клинические данные, характерные для типичных форм пузырных дерматозов.
5. Проводить дифференциальную диагностику пузырных дерматозов (синдром стафилококковой обожженной кожи, буллезное импетиго).
6. Распознавать на основании данных анамнеза, обследования, клиники заболеваний предполагаемый диагноз пузырчатки, буллезного пемфигоида, герпетиформного дерматита Дюринга.
7. Обосновать лечение и составить индивидуальную терапевтическую программу для пациента с пузырчаткой, буллезным пемфигоидом, герпетиформным дерматитом Дюринга с учетом клинических особенностей дерматозов и сопутствующих заболеваний.
8. Распознавать возможные осложнения кортикостероидной и цитостатической терапии и корректировать их в процессе лечения.

В результате занятия студент должен уметь:

1. Анализировать эпидемические данные и анамнестические сведения.
2. Оценивать объективные клинические данные при осмотре пораженных участков кожи.
3. Построить и обосновать развернутый клинический диагноз с учетом различных форм изучаемых заболеваний.
4. Провести дифференциальный диагноз с другими поражениями кожи (псориаз, красный плоский лишай, микроспория гладкой кожи).
5. Уметь назначить необходимый план обследования пациентам с пузырными дерматозами (патоморфологическое, прямую иммуннофлюoresценцию, серологические методы диагностики).
6. Анализировать данные лабораторных методов исследования.
7. Разобрать и обосновать лечение (как системное, так и местное) и меры по профилактике рецидивов.

Задание на самоподготовку студентов во внеурочное время

В результате подготовки к занятию студент должен знать:

1. Концепции этиологии и патогенеза пузырчатки, буллёзного пемфигоида и герпетiformного дерматоза Дюринга.
2. Классификацию пузырных дерматозов.
3. Особенности анамнеза пациента с пузырными дерматозами.
4. Типичные клинические проявления пузырчатки, буллёзного пемфигоида и герпетiformного дерматоза Дюринга.
5. Лабораторные и клинические методы обследования, применяемые с целью подтверждения диагноза.
6. Основные заболевания для проведения дифференциального диагноза пузырных дерматозов.
7. Основные принципы лечения, возможные осложнения в процессе лечения, и варианты их коррекции.
8. Основные принципы диспансеризации пациентов с пузырными дерматозами.

Перечень практических навыков к занятию:

- методика телесного осмотра дерматологического пациента;
- специальные методы обследования дерматологического пациента;
- первичные и вторичные морфологические элементы кожной сыпи;
- определение влажности, тургора кожи;
- определение дермографизма;
- лекарственные формы для наружного применения;
- определение псoriатических феноменов;
- определение симптома Никольского.

Уровень усвоения II-III

Место проведения занятия - учебная комната кафедры.

Продолжительность занятия - 2 академических часа 15 минут (105 минут).

План проведения практического занятия:

Введение (вступительное пояснение преподавателя)	5 мин
Контроль исходного уровня знаний с его последующей коррекцией	15 мин
Самостоятельная работа студентов с пациентами	30 мин
Разбор пациентов	40 мин
Тематический контроль знаний	10 мин
Заключение	5 мин

Оснащение занятия

1. Перечень курируемых пациентов с:
 - пузырчаткой;
 - герпетiformным дерматозом Дюринга;
 - буллёзным пемфигоидом.
2. Набор задач для контроля исходного уровня знаний.
3. Набор ситуационных задач для тематического контроля.
4. Перечень наглядных пособий и ТСО:
 - рисунки первичных и вторичных элементов сыпи, схема строения кожи, патоморфологических изменений в коже;
 - муляжи;
 - учебные слайды по теме: «Пузырные дерматозы»;
 - карты-задачи,
 - диагностические карты «Аутоиммунные заболевания кожи»

- мультимедийная презентация;
- рисунки с картиной пузырчатки и акантолиза;
- микроскоп с набором мазков-отпечатков на акантолитические клетки;
- инструменты для проведения клинических исследований - симптомы Никольского, Асбо-Хансена).
- рецептура наружных средств для лечения буллезных дерматозов.

Методика проведения занятия

После проверки присутствующих преподаватель сообщает план занятия, акцентируя внимание студентов на практической значимости изучаемой темы для врача общего профиля.

Необходимость изучения данной темы обусловлена тяжестью кожного процесса при пузырных дерматозах, риском системных осложнений, преимущественно связанные с длительным применением высоких доз системных глюкокортикоидов. Преподаватель акцентирует внимание студентов на показаниях для комбинированного назначения системных глюкокортикоидов и стероид-замещающей иммуносупрессивной терапии (цитостатики, иммуноглобулин внутривенный, биологические препараты, методы иммунной абсорбции). Как показали исследования последних лет, в патогенезе пузырных дерматозов ведущую роль играют аутоиммунные процессы.

Неотъемлемым признаком пузырчатки является акантолиз с образованием внутриэпидермальных пузырей. Развитие явлений акантолиза связывают с появлением антител против межклеточного вещества, образованием иммунного комплекса антиген-антитело, который обуславливает растворение межклеточного вещества, разрушение десмосом или потерю клетками эпидермиса способности к их формированию.

Клинические разновидности пузырчатки до внедрения кортикоидов характеризовались тяжелым течением и в большинстве случаев летальным исходом. Наибольшая смертность пациентов с пузырчаткой наблюдалась в первые 3 года от начала заболевания. Современные методы терапии позволили снизить смертность лиц с пузырчаткой в несколько раз.

К сожалению, в практической медицине нередко чисто внешнее сходство клинических проявлений пузырчаткой с другими дерматозами, характеризующимися высыпаниями пузырей, приводит к ошибочной диагностике, несвоевременному распознаванию опасного для жизни заболевания, что в свою очередь ведет к неправильному лечению и в значительной степени усугубляет течение патологического процесса, ухудшая его прогноз.

Пузырчатка составляет около 1 % от числа всех дерматологических заболеваний. По статистическим данным, чаще болеют женщины в возрасте до 40-60 лет. Описаны единичные случаи заболевания пузырчаткой детей.

Проблема изучения пузырных дерматозов остается весьма актуальной и в настоящее время для врачей всех специальностей, в первую очередь гинекологов, урологов и т.д. Большинство пациентов с пузырными дерматозами первоначально с жалобами на заболевание кожи обращаются к своему участковому врачу, либо отоларингологу, хирургу, стоматологу и т.д. Естественно, что от знаний, квалификации и основ ориентировочной деятельности первого врача будет зависеть дальнейшая судьба пациента. Становится понятным, что успех диагностики, а следовательно и своевременного и квалифицированного лечения этой тяжелой группы пациентов в первую очередь будет зависеть от дерматологических знаний врачей общего профиля, их подготовленности к решению выше поставленных задач. Четкое значение особенностей типичных клинических проявлений различных пузырных дерматозов, основ дифференциальной диагностики, правильная тактика ведения изучаемой категории пациентов являются залогом своевременной диагностики и квалифицированного ведения и лечения пациентов с пузырными дерматозами.

При работе над темой «пузырные дерматозы» преподаватель должен акцентировать внимание студентов на возможность нарушения состояния нервно-психической деятельности у лиц с пузырными дерматозами, что диктует необходимость постоянного внимания преподавателя на деонтологических аспектах данной темы, что имеет большое воспитательное значение при изучении этой темы студентами.

Контроль и коррекция исходного уровня знаний

Осуществляется решением задач исходного уровня и при работе с пациентами, страдающими пузырными дерматозами.

Пример типов задач для определения исходного уровня знаний:

Типы вопросов с одним правильным ответом:

- 1) Назовите основные патогистологические изменения при истинной пузырчатке
 - а) акантоз
 - б) акантолиз
 - в) гиперкератоз
 - г) паракератоз
 - д) спонгиоз
- 2) Укажите первичный морфологический элемент, характерный для истинной пузырчатки
 - а) бугорок
 - б) узел
 - в) пустула
 - г) пузырь
 - д) пятно
- 3) Какое из лабораторных исследований необходимо провести для подтверждения диагноза вульгарной пузырчатки?
 - а) патогистологическое исследование (биопсия кожи)
 - б) прямая реакция иммунофлюoresценции
 - в) посев содержимого пузыря на флору
 - г) клинический анализ крови
 - д) мазки-отпечатки на акантолитические клетки

Коррекция исходного уровня знаний

Осуществляется студентами (самоконтроль и перекрестный взаимоконтроль), и преподавателем при разборе неправильно решенных задач, с применением слайдов, муляжей, таблиц.

В ходе коррекции преподаватель обращает внимание студентов на клинические особенности разновидностей пузырчатки и герпетiformного дерматоза Дюринга.

Наиболее типичные ошибки студентов:

- недостаточное понимание механизма акантолиза;
- затруднения в объяснении терминов «акантолитическая клетка» и «акантолиз»;
- трудности в дифференциальной диагностике разновидностей пузырчатки с дерма-титом Дюринга и схожими дерматозами;

Самостоятельная работа студентов

Проводится малыми группами студентов по 3-4 студента. Преподаватель помогает целенаправленно собрать анамнез, выяснить возможные причины заболевания, оценивать и анализировать клинические симптомы заболевания, обосновывать диагноз, корректирует интерпретацию студентами клинических и лабораторных исследований, формирует умения и навыки, рассуждения в дифференциальной диагностике и плане лечения. Работа дополняется демонстрацией слайдов, муляжей и другими ТСО.

С целью дифференциальной диагностики для курации можно привлекать также лиц с дискоидной красной волчанкой, распространенным псориазом, красным плоским лишаем

(особенно при поражении слизистой полости рта), обычно не более 4-5 больных. Часто минимальные проявления указанных хронических дерматозов трудны для клинического разбора. Курация и последующий разбор подобных пациентов с преподавателем являются наиболее ценными, т. к. позволяют закрепить как ранее полученные знания, так и практические навыки. До начала курации внимание студентов следует обратить на некоторые деонтологические аспекты работы с этими пациентами. Большинство дерматозов, локализующихся на открытых участках тела, к которым относятся изучаемые дерматозы, часто сопровождаются вторичными невротическими расстройствами, выражающимися в депрессивном состоянии пациентов, фиксированности на своем заболевании, плаксивости. Нередко подобные пациенты в мельчайших подробностях останавливаются на любом изменении в клинической картине своего заболевания, детально описывают «походы» от одного врача к другому или, напротив, неохотно отвечают на вопросы студентов, всячески затрудняют осмотр пораженных участков кожи. Поэтому студенты должны быть особенно внимательны к подобным пациентам, проявлять в беседе с ними приветливость, доброжелательность, выражать участие в их судьбе. Важно помнить также о необходимости соблюдения врачебной тайны. Беседа со студентами должна вселять в пациентов бодрость духа, надежду на скорейшее выздоровление и, напротив, ни в коем случае не приводить к стрессовым ситуациям, которые могут повлечь за собой обострение дерматологического заболевания. Таковы основные **воспитательные аспекты** занятия.

В процессе курации пациентов студентам предлагается заполнить контрольные карты курации, что способствует повышению активности работы каждого студента в малой группе, так как они сдаются для контроля преподавателю. В процессе всей самостоятельной работы студентов преподаватель активно работает, обращая внимание студентов на особенности нервной системы пациентов, тяжесть общего состояния, соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии.

Таким образом, преподаватель включает в процесс обучения воспитательные аспекты.

Завершается самостоятельная работа студентов клиническим разбором пациентов. В ходе клинического разбора преподаватель корректирует доклады кураторов и акцентирует внимание студентов на сущности клинических проявлений, их патогистологических основах, тонкостях анамnestических данных, проверяет правильность практических навыков, дифференциальной диагностики и плана лечения.

Подводя итоги самостоятельной работы студентов, преподаватель оценивает работу каждого студента, подчеркивая активность одних и пассивность других с целью воспитания.

Подробно разбираются типичные ошибки студентов:

- недостаточно полно собранный анамнез;
- недостаточное внимание студентов по выявлению сопутствующей патологии;
- нечеткое описание локального статуса;
- недостаточная активность при осмотре пациентов и проведении клинических исследований.

Тематический контроль знаний студентов

Контроль и коррекция усвоения знаний осуществляется решением ситуационных задач, которые направлены на усвоение полученных знаний и закрепление навыков и умений. Ответы на ситуационные задачи даются в устной форме и разбираются всей группой.

Примером задач для тематического контроля знаний является:

Задача №1

На прием к врачу обратилась женщина с жалобами на высыпания на слизистой полости рта, сопровождающиеся резкой болезненностью при приеме пищи. Высыпания появились 7 дней тому назад после простудного заболевания. По поводу простудного заболевания никаких медикаментов не принимала. Из анамнеза следует, что пациентка

страдает хроническими желудочно-кишечными заболеваниями (анаэпсидный гастрит, холецистит, панкреатит). При осмотре слизистой оболочки полости рта: множественные эрозии с гладкой ярко-красной поверхностью и обрывками слизистой по периферии, единичные пузыри с плотной покрышкой. Высыпания продолжают появляться, усиливается болезненность. Последние дни из-за резкой болезненности женщина принимает только жидкую пищу. Клинические анализы крови и мочи в норме.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно предположить у данной пациентки?
2. Какие методы исследований необходимо использовать для подтверждения диагноза?
3. Ваша лечебная тактика?

Задача №2

Больная К., 55 лет, доставлена в стационар санитарной авиацией. При осмотре: общее состояние больной тяжелое, активные движения из-за болей затруднены, температура тела 38,3 С. Из-за болей рот открывается плохо, на красной кайме губ обилие геморрагических корок. На коже живота, в складках под грудными железами, в подмышечных впадинах, пахово-бедренных множество обширных эрозий, покрытых грязным налетом и на поверхности видны папилломатозные разрастания. По периферии очагов поражения видны пузырьки, пузыри на фоне здоровой кожи. Симптом Никольского положительный.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение.

Задача №3

Больная Е., 62 лет, неожиданно заметила у себя эрозии на слизистой оболочке полости рта, которые вначале спонтанно эпителизировались и исчезали, а затем через некоторое время появлялись вновь. Затем появились пузыри на внешне неизмененной коже живота, спины. Пузыри крупные с серозным содержимым, напряженные, имеют тенденцию к слиянию между собой. При легкой травме пузыри быстро вскрываются, образуя эрозии с сочным красным дном. По периферии имеются обрывки покрышки пузыря. Эрозии эпителизируются медленно.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует подумать?
2. Какие симптомы помогут в диагностике?
3. Какие лабораторные исследования следует провести?

Задача №4

Больная 57 лет, жалуется на появление многочисленных пузырей на коже туловища, спины, груди. Пузыри крупные с серозным содержимым, дряблые. После их вскрытия образуются эрозии, которые медленно эпителизируются. На слизистой полости рта также имеются эрозии, при приеме пищи отмечается болезненность. Симптом Никольского положительный. В мазках отпечатках со дна пузырей обнаружены акантолитические клетки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. План лечения.

Задача №5

Больная С., 27 лет госпитализирована в кожное отделение после консультации инфекциониста. Жалобы при поступлении зуд кожи в участках поражения, бессонницу, снижение трудоспособности, раздражительность. Больная отмечает возникновение после приема блюд из морских рыб. На следующий день на коже появились высыпания, которые больная самостоятельно смазывала 5% спиртовой настойкой йода. На 5 - 6 сутки после применения йода состояние резко ухудшилось и высыпания распространились на кожу всего туловища и конечностей.

Дermatologicheskiy statyus: na kozhe tuloviща, konечnostey (bedra, predplech'ya) opredеляются napriyazhennye melkies puzyri, puzyr'ki, sklonnye k gruppirovke пятна i papuly. V oblasti porażenia na otetchnom fone opredеляются erozii, po peripherii kotorых vidny obryvki pokryshek puzyrey. Simptom Nikol'skogo otričatel'nyy. Laboratorno: v mazkah - otpechatkakh so dna erozii na 100 leikoцитov opredеляется 21% eozinofilov. Pri provedenii IF - analiza opredеляется otloženie IgA v dermo - epidermal'noy zone i chastichno v sosochkovom slое dermy.

Вопросы:

1. Vash diagnost.
2. Takтика vedeniya bol'nogo.

Zakлючение

Zaveršaetsya prakticheskoe zanятиe obšej ocenkoj znaniy studentov. Prepodavatel' dolžen otvetit' na voprosy studentov, esli takie возnikli k koncu zanятия. Obražает vnimaniye studentov na temu sleduyushchego zanятия i rekomenjuet literaturu dla samopodgotovki.

Klinicheskie zadachi

Istinnaya puzyr'chata

Zadacha №1

Pacientka M., 50 let, обратилась k врачу po поводу болезнennih vysypanij na sлизistoy polosti rta i kozhe gрудi. Zabolela 2 mesyača nazad, kogda vnezapno na fone polnogo zdorov'ya povišli vysypanija na sлизistoy rta, a v poslednie dni i na kozhe gрудi. Pri osmotre: na sлизistoy rta v oblasti tverdogo i myagkogo neba, ŷek imajuutsja jarko-krasnogo cveta erozii ovalnoj forme s vlažnoj povrjchnostyu. Na kozhe gрудi, života imajuutsja puzyri s seroznym soderjimym, razmerom ot lesnogo oreha do slyivi na fone neizmenennoj kozhi.

Вопросы:

1. Postavьте razverнутiy klinicheskiy diagnost.
2. Kakie spetsial'nye dermatologicheskie issledovaniya neobходimo provesti dla potverždeniya diagnosta?
3. Kakie laboratornye issledovaniya sleduet provesti i začem?
4. Nazonchajte lechenie.

Zadacha №2

Ženština K., 55 let, dostavljena v stacionar sanitarnoj aviatsiей. Pri osmotre: obšeé sostoyanie bol'noj tjaželoe, aktivnye dvizheniya iz-za bol'j затрудnены, temperatura tela 38,3 C. Iz-za bol'j rot otkryvaetплохо, na krassnoj kajme gub obiliye hemorragicheskikh korok. Na kozhe života, v skladkakh pod gрудnymi želzami, v podmyšchenykh, paхovo-bedrennykh vpadinakh, mnожestvo obshirnykh erozii, pokrytykh graznym naletom i na povrjchnosti vidny papillomatoznye razrastaniya. Po peripherii очагov porażenia vidny puzyr'ki, na fone zdravoy kozhi. C-m Nikol'skogo положительный.

Вопросы:

1. Postavьте razverнутiy klinicheskiy diagnost.
2. Kakie laboratornye issledovaniya neobходimo provesti dla potverždeniya diagnosta?
3. S kakimi zabolеваниями neobходimo provesti differenциальный diagnost?
4. Nazonchajte lechenie.

Zadacha №3

Mужчина C., 49 let, обратился k врачу dermatologu po поводу vysypanij na kozhe volosistoy parti головы. Zabolel 3 mesyača nazad, ne lechil'sya, vysypanije postepенно расprostranyaetsya.

При осмотре: на коже в/части головы, груди, межлопаточной области имеется множество элементов, покрытых тонкими чешуйко-корками, единичные эрозии и дряблые пузьри, величиной до горошины на фоне неизмененной кожи. С-м Никольского резко положительный.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования следует провести для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Наметьте план лечения.

Задача №4

Пациентка О., 50 лет, бухгалтер, жительница села, заболела впервые вульгарной пузырчаткой, получила соответствующее лечение в условиях стационара и выписана на поддерживающей дозе преднизолона 15 мг с рекомендацией дальнейшего лечения и наблюдения в участковой больнице по месту жительства.

Вопросы:

1. Какова дальнейшая тактика врача участковой больницы?
2. Какие лабораторные исследования и как часто следует их повторять данной пациентке?
3. Наметьте план диспансерного наблюдения.
4. Укажите прогноз для выздоровления, жизни, трудоспособности.

Задача №5

Женщина З., 60 лет, страдает вульгарной пузырчаткой в течение 3-х лет, получала поддерживающую дозу полькортолона 12 мг, но без ведома врача прекратила прием препарата и наступило обострение, появились в большом количестве пузырные элементы на слизистой твердого неба, щек, языка, коже груди. С-м Никольского положительный.

Вопросы:

1. Можно ли лечить больную амбулаторно? Почему?
2. Какие из перечисленных ниже медикаментов назначите больной?
Почему? В какой дозе?
 - а) пенициллин;
 - б) преднизолон;
 - в) противокоревой гаммаглобулин;
 - г) сульфамонометоксин;
 - д) димедрол;
 - е) панангин;
 - ж) сернокислая магнезия.

Клинические задачи

Герпетiformный дерматоз Дюринга

Задача №1

Мужчина Л., 48 лет, предъявляет жалобы на высыпания в области кожи туловища, предплечий, сильный зуд и жжение в очагах, плохой сон.

При осмотре: на коже боковых поверхностей туловища, спины, разгибательной поверхности предплечий на эритематозном фоне имеется множество пузырьков, единичные пузьри до 1 см в диаметре, с напряженной покрышкой, прозрачным содержимым, эрозии, корки, экскориации. Элементы сыпи имеют склонность к группировке.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования следует провести для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

4. Назначьте лечение.

Задача № 2

Мужчина С., 60 лет, получил курс лечения в условиях стационара по поводу дерматоза Дюринга с упорным течением, трудно поддающейся терапии.

Врач стационара рекомендовал пациенту в амбулаторных условиях продолжить прием поддерживающей дозы дапсон 100 мг/сутки и обследование для исключения патологии внутренних органов.

Вопросы:

1. Какие лабораторные исследования необходимо регулярно проводить при лечении дапсоном?
2. К каким специалистам направите больного для исключения патологии внутренних органов?
3. В чем заключается диспансерное наблюдение за такими пациентами?

Задача № 3

Пациент К., 55 лет, поступил повторно в стационар в связи с обострением герпетiformного дерматоза Дюринга.

При осмотре: на коже разгибательной поверхности предплечий, голеней, живота на отечном, эритематозном фоне сгруппировано располагаются пузырьки, эрозии, корки. Субъективно: выраженный зуд, жжение.

Вопросы:

1. Какие из перечисленных ниже медикаментов можно назначить пациенту? В какой дозе?
 - а) дапсон;
 - б) преднизолон;
 - в) йодистый калий;
 - г) витамины (групп В, А, С);
2. Какие из перечисленных выше медикаментов назначить нельзя? Почему?
3. Какая диета показана больному?

Заключение.

Преподаватель характеризует работу студентов, оценивая степень подготовленности каждого, дает задание на дом по следующей теме.

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Адаскевич, В.П. Кожные и венерические болезни. – 2-е изд./В. П. Адаскевич, В.М. Козин. – М.: Мед.лит., 2009. – 672 с.: ил.
2. Адаскевич, В.П. Диагностические индексы в дерматологии./В.П. Адаскевич// Москва: Медицинская книга, 2004. – 165 с.:ил.
3. Адаскевич, В.П. Кожные и венерические болезни / В.П. Адаскевич, В.М. Козин. – Москва. Медицинская литература, 2006. – 660 с.
4. Адаскевич, В.П. Инфекции, передаваемые половым путем /В.П. Адаскевич. – Нижний Новгород: Издательство НГМА, Москва: МЕДИЦИНСКАЯ КНИГА, 1999. – 416 с.
5. Аковян, В.А. СИФИЛИС /Иллюстрированное руководство/ Под ред. проф. В.И. Прохоренкова/ В.А. Авкобян, В.И. Прохоренков, А.И. Новиков и др.- Москва: Медицинская книга, 2002. – 300 с.:ил.
6. Антоньев, А.А. Экспертиза трудоспособности при заболеваниях кожи / А.А. Антоньев, Ю.Д. Арбатская, В.Н. Шаварова. – М.: Медицина, 1982. – 224 с.
7. Аствацатуров, К.Р. Сифилис, его диагностика и лечение / К.Р. Аствацатуров. – М., Медицина, 1971. – 432с.:ил.
8. Венерические болезни: Рук-во для врачей / Под ред. О.К. Шапошникова.- М.: Медицина. –1991. – 544 с.
9. Дифференциальная диагностика кожных болезней (руководство для врачей)/ Под ред. проф. А.А. Студницина. М.: Медицина, 1983, – 560 с., ил.
10. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний/ Под ред. А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти; Пер. С англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 736 с.:ил.
11. Козин, В.М. Дерматология: учебное пособие /В.М.Козин. – Минск: Вышэйшая школа, 1999. – 304с.
12. Козин, В.М. Наружная фармакотерапия дерматозов: Учеб. Пособие / В.М. Козин. –Мн.: Выш. шк., 1997 – 80 с.
13. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4-х т. /Под ред. Ю. К. Скрипкина/ – М.: Медицина, 1995.
14. Ковалёв, Ю.Н. Болезнь Рейтера / Ю.Н. Ковалёв, В.А. Молочков, М.С. Петрова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 224 с.: ил.
15. Лечение кожных болезней: Руководство для врачей / Под ред. А.Л. Машкиллейсона. – М.: Медицина, 1990. – 560 с.:ил.
16. Милич, М.В. Эволюция сифилиса / издание второе, переработанное и дополненное/ М.В. Милич. – М., Медицина, 1987 – 158 с.
17. Мордовцев, В.Н. Наследственные болезни и пороки развития кожи: Атлас / В.Н. Мордовцев, В.В. Мордовцева, В.В. Мордовцева. – М.: Наука, 2004. – 174 с.
18. Мяделец, О.Д. Функциональная морфология и общая патология кожи / О.Д. Мяделец, В.П. Адаскевич. – Витебск: Издательство Витебского медицинского института, 1997. – 269 с.
19. Наследственные заболевания кожи / Под ред.: В.Н. Мордовцева, К.Н. Суворовой. –Алматы: Казахстан, 1995. – 544 с.
20. Патология кожи. в 2 т. / Под ред. В.Н. Мордовцева, Г.М. Цветковой. - М.: Медицина, 1993.
21. Рукавишникова, В.М. Микозы стоп / В.М. Рукавишникова. – Изд. 2-е, перераб. и доп.- М.: ЭлисКом, 2-3. – 332с.: ил.
22. Сергеев, А.Ю. Грибковые инфекции/ Руководство для врачей, 2-е изд./А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев // М.: Издательство БИНОМ, 2008. – 480с.:ил.
23. Скрипкин, Ю. К. Кожные и венерические болезни; учебник / Ю.К. Скрипкин, А.Л. Машкиллейсон, Г.Я. Шарапова – М.: Медицина, 1995 г. – 464с.
24. Торсуев, Н.А. «Буллезные дерматозы» / Н.А. Торсуев, Н.Л. Шеклаков, В.Н. Романенко. – М., 1979.- 296с.
25. Учебно-методическая разработка к практическим занятиям по дерматологии / Под ред. проф. И.С. Потекаева. – М., 1 ММИ им. И.М.Сеченова, 1988. – 116с.
26. Федорович, С.В. Профессиональные болезни кожи / С.В. Федорович, Н.З. Яговдик, В.П. Филонов и др./ Мн.: «Полымя»; 1997. – 212с.

Дополнительная литература

1. Адаскевич, В.П. Системные ретиноиды в дерматологии: справ. Пособие / В.П. Адаскевич. – Мн.: Светоч, 2005. – 111с.:ил.

2. Аковян, В.А. Сифилис. Иллюстрированное руководство/ Под ред. проф. В.И. Прохоренкова /В.А. Аковян, В.И. Прохоренков, А.И. Новиков и др. – Москва: Медицинская книга, 2002. – 300с.:ил.
3. Ахтямов, С.Н. Практическая дерматокосметология: Учебное пособие /С.Н. Ахтямов, Ю.С. Бутов. – М.: Медицина, 2003. – 400 с.:ил.
4. Багнова М.Д. Профессиональные дерматозы /М.Д. Багнова. – М.: «Медицина», 1984. – 304с.
5. Богданович, Л. И. Методические указания по обследованию кожного больного / Л.И. Богданович. – Витебск, 1988. – 10с.
6. Боголюбов, В. М., Пономаренко Г. Н. Общая физиотерапия / В. М.Боголюбов, Г. Н. Пономаренко. – М., Спб.: СЛП, 1996. – 480 с.
7. Болезни кожи у детей: пер. с англ. /А. Абек, В. Бургдорф, Х. Кремер. – М.: Мед. лит., 2007. – 160 с.:ил.
8. Ганчев, Б.Б. Дерматовенерологическая терминология / Б.Б. Ганчев. – Медицина и физкультура, София, 1968. – 396с.
9. Дерматология. Пер. с англ. М. – СПб.: ЗАО «Издательство БИНОМ» – «Невский диалект», 2001. – 272с.:ил.
10. Детская дерматология. Цветной атлас и справочник /Кей-Шу-Мей Кэйн и др. Пер. с англ. Под ред. О.Л. Иванова, А.Н. Львова. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. – 496.:ил.
11. Клинические рекомендации. Дерматовенерология / под ред. А.А. Кубановой. – М.:ДЭКС-Пресс, 2010. – 435с.
12. Козин, В.М. Дерматологические болезни/Учебно-метод. пособие /В.М. Козин. – Витебск, ВГМУ, 2010. – 201с.
13. Кожные болезни: Диагностика и лечение /Томас П. Хэбиф; Пер. с англ.; под ред. А.А. Кубановой. – М.:МЕДпресс – информ, 2006. – 435с.
14. Комов, О.П. Венерические заболевания: пособие для практических врачей / О.П. Комов, Н.З. Яговдик, В.Г. Панкратов и др. (Под ред. О.П. Комова)// Мин.: Беларусь, 1981. – 176 с.:ил.
15. Ласкарис, Дж. Лечение заболеваний слизистой оболочки рта: Руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 304 с.:ил.
16. Лукьянов, А.М. Угревая болезнь: стратегии диагностики и терапии: Учеб.-метод. пособие/ А.М. Лукьянов. – Минск: БГМУ, 2011. – 68с.
17. Мотевич, В.М. Клинико-морфологическая диагностика, лечение и диспансеризация лимфом кожи: Методические рекомендации / В.М. Мотевич. – Минск, 1993. – 15 с.
18. Мяделец, О.Д. Функциональная морфология и общая патология кожи / О.Д. Мяделец, В.П. Адаскевич. – Витебск: Изд-во ВГМИ, 1997. – 269 с.
19. Овчинников, В.М. Ультраструктура возбудителей венерических заболеваний и ее клиническое значение/В.М. Овчинников, В.В. Делекторский// М.: Медицина, 1986. – 224 с.:ил.
20. Панкратов, О.В. Сифилис у беременных и детей/О.В. Панкратов. – Мин.: Ипати, 2007. – 360с.: ил.
21. Рищук, С.В. Половые пары и половые инфекции/ С.В. Рищук, Д.Ф. Костючек// – СПб: Медицинская пресса. – 2005. – 272с.
22. Рук, А. Болезни волос и волосистой части головы / пер. с англ. Е.В. Авербах и М.О. Олисова. Под ред. Ю.К. Скрипктина/ А. Рук, Р. Даубер. – М.: Медицина, 1985. – 528с.: ил.
23. Руководство по инфекционным болезням/ Под ред. В.М. Семенова. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 752с.
24. Сан, Э. Дерматология Пер с англ. /Э. Сан. – М. – СПб.: ЗАО «Издательство БИНОМ» – «Невский диалект», 2001. – 272 с.:ил.
25. Сосновский, А.Т. Дерматологический справочник /А.Т. Сосновский, Н.З. Яговдик, И.Н. Белугина / Под общей редакцией Н.З. Яговдика // 2-е изд., доп. и перераб. – Мин.: Выш. шк.,2001. – 734 с.
26. Шувалова, Е.П. Тропические болезни /Е.П. Шувалова [и др.] – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1996. – 544с.:ил.
27. Уайт, Г. Атлас по дерматологии /Г. Уайт; пер. с англ. Н.Г. Кочергина; под ред. О.Л. Иванова, Н.Г. Кочергина. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009, – 384с.

Учебное издание

**Адаскевич Владимир Петрович
Козин Владимир Михайлович
Зыкова Ольга Семеновна и др.**

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Методические рекомендации к практическим занятиям
для преподавателей высших медицинских учебных заведений

Часть I

Методические рекомендации

Редактор В.П. Адаскевич

Подписано в печать _____.

Формат бумаги 60x841/16.

Бумага типографская №2. Ризография.

Усл. печ. лист _____. Уч.-изд. л. _____.
Тираж _____. экз. Заказ _____.

Издатель и полиграфическое исполнение:
УО «Витебский государственный медицинский университет»

ЛП № 02330/453 от 30.12.13 г.
пр. Фрунзе, 27, 210009, г. Витебск