

Клиническая дерматовенерология

Практикум

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Уральский государственный медицинский университет

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Практикум

*Под общей редакцией доктора медицинских наук,
профессора М. А. Уфимцевой*

Рекомендовано ЦМС УГМУ для обучающихся
по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело»,
31.05.02 «Педиатрия»

Екатеринбург
УГМУ
2024

УДК 616.5+616.97:616-03(076)

ББК 55.8я73

К49

Авторы: М. А. Уфимцева (введение, текст клинических задач 1–5), Ю. М. Бочкарев (заключение, текст клинических задач 6–10), И. Ф. Вишневская (текст клинических задач 11–15, ответов на задачи 1–5), К. Н. Сорокина (введение, текст клинических задач 16–20, ответов на задачи 6–10, список литературы), К. И. Николаева (текст клинических задач 21–25, ответов на задачи 21–25), Е. П. Гурковская (текст клинических задач 31–35, ответов на задачи 31–35), С. Б. Антонова (заключение, текст 41–45 клинических задач, ответов на задачи 41–45, список литературы), А. С. Шубина (текст клинических задач 46–50, ответов на задачи 46–50), Н. В. Симонова (текст клинических задач 56–65, ответов на задачи 56–65), Н. В. Савченко (текст клинических задач 66–70, ответов на задачи 66–70, список сокращений), Е. С. Мыльникова (текст клинических задач 26–30, 71, ответов на задачи 26–30, 71), М. С. Ефимова (текст клинических задач 36–40, 72, ответов на задачи 36–40, 72), А. А. Царегородцева (текст клинических задач 51–55, ответов на задачи 51–55)

Рецензенты:

заведующий кафедрой дерматологии и косметологии Тюменского ГМУ, доктор медицинских наук, доцент *С. Л. Матусевич*

заведующий дневным стационаром, руководитель центра онкодерматологии Свердловского областного онкологического диспансера, кандидат медицинских наук, врач высшей категории *Л. Н. Изюров*

Клиническая дерматовенерология : практикум / М. А. Уфимцева, Ю. М. Бочка-К49 рев, И. Ф. Вишневская [и др.] ; [под ред. М. А. Уфимцевой]. — М-во здравоохранения РФ, Урал. гос. мед. ун-т. — Екатеринбург : УГМУ, 2024. — 140 с. — ISBN 978-5-00168-070-3. — Текст. Изображение : непосредственные.

Учебное издание составлено в соответствии с федеральными государственными образовательными программами высшего образования по специальностям и направлениям подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденные приказом Минздрава России от 08.10.2015 № 707 н, а также в соответствии с квалификационным требованием к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием.

Практикум предназначено для студентов медицинских вузов, осваивающих программы специалитета 31.05.01 «Лечебное дело» и 31.05.02 «Педиатрия», изучающих дисциплину «Дерматовенерология».

УДК 616.5+616.97:616-03(076)

ББК 55.8я73

ISBN 978-5-00168-070-3

© Уральский государственный
медицинский университет, 2024

Содержание

Список сокращений	4
Введение	6
Задачи.....	7
Ответы	84
Заключение	136
Список литературы	137
Авторы	139

Список сокращений

АД — артериальное давление

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека

ВЧГ — волосистая часть головы

ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота

ИППП — инфекции, передаваемые половым путем

ИФА — иммуноферментный анализ

МРТ — магнитно-резонансная томография

НПВС — нестероидные противовоспалительные средства

ПУВА-терапия (от англ. PUVA therapy — Psoralens и Ultra Violet A) — метод лечения, который включает использование фотоактивного вещества (псорален) совместно с облучением кожи длинноволновым ультрафиолетовым излучением

ПЦР — полимеразная цепная реакция

РМП — реакция микропреципитации

РНК — рибонуклеиновая кислота

РПГА — реакция пассивной гемагглютинации

СОЭ — скорость оседания эритроцитов

ТГКС — топические глюкокортикостероиды

УЗИ — ультразвуковое исследование

УФ-расческа — ультрафиолетовая расческа

УФВ-311 — узкополосная терапия средневолновым ультрафиолетовым излучением с длиной волны 311 нм

ЧСС — частота сердечных сокращений

Nd: YAG-лазер (Neodymium-Doped Yttrium Aluminum Garnet — неодимовый иттрий-алюминиевый гранат) — твердотельный лазер, способный генерировать лазерное излучение в инфракрасном спектре, проникать глубоко в кожу и быстро поглощаться гемоглобином и меланином

SAMscore (Self-Assessment Melanoma Risk Score) — опросник самооценки риска меланомы)

SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis) — шкала оценки тяжести атопического дерматита

LEOPARD синдром — очень редкое генетическое заболевание, проявляющееся гемангиомами, пороками развития сердца, умственной отсталостью, аномалиями лица

Введение

Дерматовенерология насчитывает более 3000 нозологий, многие из которых являются междисциплинарными. Врач любой специальности должен обладать знаниями о клинических проявлениях наиболее часто встречающихся острых и хронических дерматозах, венерических заболеваниях и инфекциях, передающихся половым путем, для своевременной диагностики, соответствующей маршрутизации и лечения пациента.

В настоящее учебное пособие включены клинические задачи кожных и венерических заболеваний с описанием анамнеза, симптомов, субъективных ощущений, результатов лабораторных исследований, иллюстрированные фотоматериалом. Решение данных задач позволит применить обучающимся полученные теоретические знания по специальности «Дерматовенерология» для формирования клинического мышления, самостоятельной постановки диагноза, определения тактики обследования и лечения.

Данный сборник клинических задач предоставит возможность будущим врачам освоить клиническую дисциплину и систематизировать полученные знания.

Задачи

Задача 1

Пациент А., 28 лет, обратился к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на высыпания на коже тыльной поверхности стоп с переходом на голени, лодыжки. Высыпания сопровождаются постоянным выраженным зудом, усиливающимся при контакте с водой, с носками, с обувью.

Anamnesis morbi: данное состояние впервые. Со слов больного, высыпания появились 2–3 недели назад, в виде ярко-розовых сильно зудящих пятен, которые постепенно увеличились в размере. Пациент отмечал появление участков с мокнутием. Связывает состояние кожи с использованием новых текстильных кроссовок. Для лечения использовал смягчающий крем, без значительного эффекта.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Status specialis: на момент осмотра кожа физиологического цвета, умеренной влажности. Кожный процесс симметричный, на коже тыльной поверхности стоп с переходом на голени, медиальные лодыжки, свод стоп, имеются очаги умеренной эритемы с нечеткими границами, умеренно выраженной инфильтрации, геморрагические корочки, местами шелушение, единичные поверхностные трещины.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения Вы бы использовали?



Изображение подготовлено Е. П. Гурковской

Задача 2

Пациентка Е., 56 лет, обратилась к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на постоянное шелушение кожи головы, периодический зуд и покраснение кожи волосистой части головы, лба, ушной раковины. Известно, что накануне посещала участкового врача-терапевта с жалобами на боли в суставах.

Anamnesis morbi: болеет длительно, но ранее не обращалась к врачам, так как считала свое состояние кожи семейной особенностью. Со слов больной, у ее матери также всегда была перхоть. Перхоть присутствует практически постоянно, покраснение кожи появляется периодически, чаще зимой, летом отмечает улучшение состояния кожи. Для лечения кожи головы периодически использует шампуни «Низорал» и «Себозол», отмечает небольшое уменьшение шелушения после применения шампуня.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Status specialis: на момент осмотра кожа физиологического цвета, умеренной влажности. Кожа волосистой части головы гиперемирована и равномерно покрыта серебристо-белесоватыми чешуйками, границы процесса четкие, в области лба он выходит за границу линии роста волос. При осмотре кистей и стоп отмечается изменение ногтевых пластинок, их частичное разрушение, наблюдается гиперемия околоногтевого ложа, области межфаланговых суставов слегка отечны, гиперемированы.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения Вы бы использовали?



Изображения подготовлены Е. П. Гурковской

Задача 3

Осмотр участковым терапевтом на дому.

Пациент М., 38 лет. **Жалобы** на покраснение кожи туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающееся зудом и жжением, появление пузырей, слабость, озноб, головокружение, головную боль, тошноту.

Anamnesis morbi: заболел сегодня рано утром, когда проснулся от озноба, ощущения зуда, жжения на коже туловища, верхних и нижних конечностей («горит все тело»). При самоосмотре увидел покраснение кожи тела, с множественными пузырями с прозрачным содержимым. Известно, что накануне в течение всего дня принимал участие в уборке свежескошенной травы, где в большом количестве встречались зонтичные растения. Больной работал в комбинезоне, но без рубашки, босиком, с подвернутыми брючинами.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Повышенного питания. Температура тела — 39,2 °С, АД — 100/70 мм рт. ст., ЧСС — 102 уд./мин, пульс ритмичный. При физикальном обследовании патологических изменений внутренних органов не выявлено.

Status specialis: на коже туловища и конечностей обширные, местами сливные, поля эритемы с выраженной местной гипертермией, большое количество булл с прозрачным содержимым.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения и рекомендации вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены Е. П. Гурковской

Задача 4

Пациентка Ю., 33 лет, на приеме у врача-терапевта в поликлинике предъявляет **жалобы** на отек и покраснение кожи левой ушной раковины, озноб, «ломоту» во всем теле.

Anamnesis morbi: за 5 дней до обращения в поликлинику травмировала мочку уха при замене серьги, после чего в области ранки возникло покраснение, появилось скудное серозно-гнойное отделяемое. Обработывала ушную раковину кремом «Спасатель». Вчера появился озноб, поднялась температура тела до 38,5 °С, возникла слабость. Утром обнаружила отек и покраснение левой ушной раковины, распространяющиеся на щеку.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Повышенного питания. Температура тела 39,2 °С, АД — 100/70 мм рт. ст., ЧСС — 102 уд./мин, пульс ритмичный. При физикальном обследовании патологических изменений внутренних органов не выявлено.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности. Кожный процесс локализован на коже левой ушной раковины, определяется горячая на ощупь эритема и отек левой ушной раковины и окружающей ее кожи лица с четкими границами и неровными контурами; в области завитка ушной раковины — мелкие, частично вскрывшиеся буллы с серозным отделяемым. В околоушной области слева пальпируются увеличенные, слегка болезненные лимфатические узлы.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каковы предрасполагающие факторы данного заболевания?
3. Какие клинико-лабораторные исследования необходимо провести?
4. Какие рекомендации по профилактике Вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено Е. П. Гурковской

Задача 5

Пациентка И., 27 лет, обратилась к врачу-дерматовенерологу с жалобами.

Anamnesis morbi: у больной женщины И. выявлена осложненная форма гонококковой инфекции верхних отделов мочеполовых органов. В качестве полового партнера был назван пациент М., 32 лет, который был вызван в кожно-венерологический диспансер для обследования. **Жалобы** он активно не предъявляет.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Половой анамнез: наличие случайных половых связей отрицает, половой партнер один, сексуальные контакты незащищенные. Половая связь с И., 27 лет, была 1 месяц назад, незащищенная.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности. Придатки кожи не изменены. Урологический статус: наружные половые органы сформированы правильно. Кожа головки, венечной борозды, крайней плоти, тела полового члена не изменена. Губки уретры не изменены, после легкого массажа уретры выделяется слизисто-гнойная капля. Болезненности или других симптомов субъективно не отмечает. Региональные лимфатические узлы не увеличены.

Лабораторные исследования: при микроскопическом исследовании урогенитального мазка обнаружены диплококки. При обследовании методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) выявлены гонококки (*N. gonorrhoeae*), других облигатных возбудителей уретрита при обследовании не выявлено. При использовании двухстаканной пробы первая порция мочи прозрачная, множественные мелкие хлопья, оседающие на дно, вторая — прозрачная, чистая.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Как происходит инфицирование?
3. Какую тактику лечения и рекомендации вы предложите пациенту?
4. Каковы требования к забору биологического материала для исследования?

Задача 6

Пациент К., 69 лет, обратился к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на высыпания, распространенные на туловище и конечностях и сопровождающиеся зудом.

Anamnes morbi: считает себя больным в течение 3 месяцев, когда без видимой причины на нижних конечностях появились высыпания в виде пузырей, корочек. В дальнейшем пузыри распространились на кожу передней поверхности грудной клетки, живота. Самостоятельно не лечился.

Anamnesis vitae: хронические соматические заболевания (гипертоническая болезнь). Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность по кожным болезням не отягощена.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс распространенный, преимущественно локализован на груди и нижних конечностях, симметричный. Представлен крупными, напряженными пузырями с плотной покрывкой, с серозной и геморрагической жидкостью, расположенными на отечном, эритематозном фоне. Часть высыпаний покрыта серозными и геморрагическими корочками. Симптом Никольского отрицательный.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения и рекомендации вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены Е. П. Гурковской

Задача 7

Пациентка Т., 52 лет, обратилась к врачу-дерматовенерологу кожно-венерологического диспансера с **жалобами** на высыпания на передней поверхности голеней, которые субъективно не беспокоят.

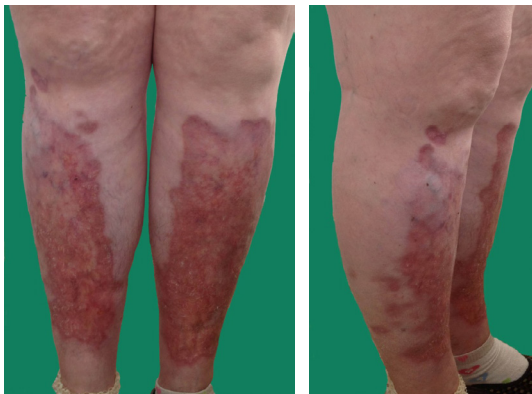
Anamnes morbi: считает себя больной в течение 5 лет, когда появились первые очаги высыпания на передней поверхности левой голени, возникшие после незначительной травмы. В дальнейшем высыпания увеличивались в размере, старые очаги покрывались язвами с образованием рубцов. Самостоятельно не лечилась.

Anamnesis vitae: не знает, есть ли у нее наследственность по кожным заболеваниям. Хронические заболевания: сахарный диабет 2 типа. Аллергологический анамнез не отягощен.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности. Придатки кожи не изменены. Кожный процесс симметричный, располагается на передней поверхности обеих голеней, представлен очагами неправильной формы, с четкими границами, желтоватого цвета с восковидным блеском. На поверхности очагов наблюдаются атрофические рубцы.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения и рекомендации вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены Е. П. Гурковской

Задача 8

Пациент П., 54 лет, обратился к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на распространенные высыпания, сопровождающиеся появлением боли и чувством жжения.

Anamnes morbi: считает себя больным в течение 5 месяцев, когда заметил появление пузырей на слизистой полости рта, через 4 месяца высыпания появились на туловище. Пузыри быстро вскрывались с образованием

болезненных эрозий. Самостоятельно обрабатывал эрозии хлоргексидином и кремом «Акридерм». Эффект от применения отсутствовал.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс распространенный, симметричный, представлен нестойкими пузырями с сухой, вялой покрывкой, с мутным содержимым на неизмененной коже. Также наблюдаются многочисленные эрозии, склонные к периферическому росту, покрытые серозными корочками. Симптом Никольского прямой и непрямой положительные.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каковы основные клинические симптомы, встречающиеся при данном дерматозе? Дайте им определения.
3. Какую тактику лечения, обследования вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены Е. П. Гурковской

Задача 9

Пациентка А., 16 лет, обратилась к врачу-дерматовенерологу кожно-венерологического диспансера с **жалобами** на кожные высыпания в области туловища, которые субъективно не беспокоят.

Anamnesis morbi: данные высыпания и пятна возникли 2 недели назад, появились впервые, начало заболевания ни с чем не связывает, лечение не получала.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожа физиологической окраски, нормальной влажности. На коже шеи, верхней части туловища (грудь, спина) пятна округлой формы светло-коричневого цвета с четкими границами, диаметр пятен от 0,5 до 2 см, на поверхности пятен наблюдаются отрубевидные чешуйки. Проба Бальцера положительная.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какова профилактика заболевания?
3. Какую тактику обследования, лечения вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены Е. П. Гурковской

Задача 10

Пациентка Е, 1 год 5 месяцев, отец обратился к педиатру территориальной поликлиники с **жалобами** на кожные высыпания волосистой части головы у ребенка.

Anamnesis morbi: девочка больна в течение недели. Начало заболевания родители ни с чем не связывают, контакты с животными отрицают. Врачом педиатром диагностирован аллергический дерматит, рекомендованы антигистаминные препараты, раствор бриллиантовой зелени для наружного применения, крем метилпреднизолона ацепонат. Данная терапия продолжалась в течение 1 месяца с отрицательным эффектом. С целью уточнения диагноза и коррекции терапии направлены на консультацию к дерматовенерологу городского микологического центра.

Anamnesis vitae: родилась от первой беременности, первых родов, в срок.

Объективно: температура тела 37,5 °C. Реакция ребенка на осмотр негативная.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс ограниченный, ассиметричный, располагается на коже волосистой части головы в левой теменной области, представлен двумя очагами, возвышающимися над уровнем кожи. Очаги умеренной плотности диаметром 2 и 3 см, покрытые гнойными корками. Волосы из очагов легко удаляются, из отверстий опустевших фолликулов обильно выделяется гной. Поднижнечелюстные, передние шейные лимфатические узлы до 1,5 см в диаметре, умеренно болезненные, не спаяны с подлежащими тканями.

Общеклинические исследования: общий анализ крови — эритроциты $4,94 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 113 г/л, лейкоциты $16,82 \cdot 10^3/л$, нейтрофилы 57,5 %, лимфоциты 32,3 %, моноциты 8,6 %, эозинофилы 1,2 %, базофилы 0,4 %. СОЭ 27 мм/час. Биохимический анализ крови, общий анализ мочи — без патологии.

Проведена люминесцентная диагностика, микроскопическое исследование чешуек кожи и волос, взят биоматериал для культурального исследования волос и чешуек из очага с целью определения типа возбудителя. Свечения в лампе Вуда не наблюдалось. При микроскопии чешуек кожи обнаружены нити мицелия, при микроскопии волос — поражение волоса по типу ectothrix.

Вопросы:

1. Какие ошибки допустил участковый врач?
2. Каков предположительный диагноз?
3. Каков дифференциальный диагноз?
4. Какую тактику лечения, обследования вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено Е. П. Гурковской

Задача 11

Пациент С., 14 лет, мать мальчика обратилась к врачу-дерматовенерологу с жалобами на изменение ногтевой пластинки первого пальца левой стопы у ребенка.

Anamnesis morbi: болеет более года, когда впервые заметил изменение ногтевой пластины, ни с чем не связал. В последние 2 месяца очаг поражения в области ногтевой пластинки значительно увеличился. При дополнительном расспросе установлено, что мальчик посещает бассейн.

Anamnesis vitae: родился от первой беременности, первых родов, в срок. Аллергологический анамнез неотягощен.

Status specialis: кожа бледная, нормальной влажности. Кожный процесс ограниченный, ассиметричный. Ногтевая пластинка первого пальца левой стопы дистально-латерально желтоватого цвета, непрозрачная, умеренно утолщена, очаг достигает ростковой зоны проксимального околоногтевого валика. Другие ногтевые пластинки не изменены. Кожа стоп сухая, по ходу кожного рисунка скопления мелких чешуек.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каковы методы обследования для уточнения диагноза?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено С. Б. Антоновой

Задача 12

Пациент Л., 1 г, родители обратились к врачу с **жалобами** на сухость кожи ребенка.

Anamnesis morbi: сухость кожи и симметричное шелушение кожи отмечают с 4 месяцев. Родители отмечают улучшение кожного процесса в летний период.

Anamnesis vitae: родился от первой беременности, первых родов, в срок. Наследственность по кожным заболеваниям отягощена: у отца ребенка также наблюдается выраженная сухость кожи.

Status specialis: кожа физиологической окраски, очень сухая. На коже лица, разгибательных поверхностей конечностей, коже передней брюшной стенки выраженное мелкопластинчатое шелушение (более выраженное на коже нижних конечностей). Кожа ладоней и подошв с измененным папиллярным рисунком. Волосы на голове сухие, ломкие. Ногтевые пластинки на кистях, стопах тонкие, с поперечной исчерченностью, присутствует расслоение по дистальному краю.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какой тип наследования данного заболевания?
3. Какие клинические признаки у данного заболевания?
4. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено С. Б. Антоновой

Задача 13

Пациентка А., 16 лет, на амбулаторный прием к врачу-дерматовенерологу обратилась с **жалобами** на кожные высыпания на лице, зуд и перхоть волосистой части головы.

Anamnesis morbi: считает себя больной 1,5 года. Заболевание обостряется весной и осенью. Последнее обострение возникло неделю назад.

Anamnesis vitae: родилась от первой беременности, первых родов, в срок. Наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На волосистой части головы и лице кожа слегка гиперемирована, блестящая, жирная, с отрубевидным шелушением. На коже лица отмечается повышенное выделение кожного сала, в области лба и щек присутствуют множественные папулы, открытые и закрытые комедоны, единичные пустулы. Волосы сальные, слипаются.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какова этиология данных заболеваний?
3. Каковы клинические разновидности акне?
4. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены С. Б. Антоновой

Задача 14

Пациентка М., 8 лет, мать обратилась на прием с **жалобами** на кожное образование на правой щеке у девочки.

Anamnesis morbi: образование появилось 2 недели назад, мама отметила быстрый рост элемента, самостоятельно мазала кремом «Ацикло-вир». Эффект после применения отсутствовал.

Anamnesis vitae: родилась от первой беременности, первых родов, в срок.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже правой щеки в области нижней челюсти единичная папула, выступающая над поверхностью кожи, диаметром 1,0 см. Окружной формы, серого цвета, с нитевидными выростами на поверхности, плотное при пальпации.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено С. Б. Антоновой

Задача 15

Пациентка В., 17 лет, обратилась в областной кожно-венерологический диспансер с **жалобами** на множественные «родинки».

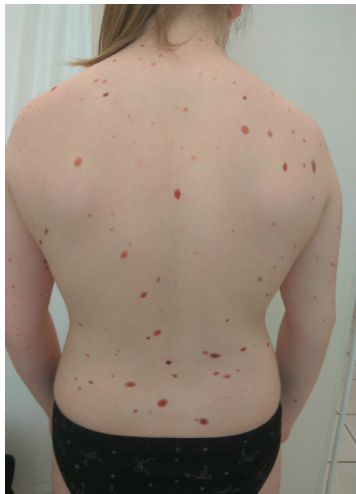
Anamnesis morbi: новообразования, со слов пациентки, существуют долгое время и периодически появляются новые. Субъективные ощущения отсутствуют. За последние полгода отметила рост образований на спине, связывает с солнечными ожогами.

Anamnesis vitae: родилась от первой беременности, первых родов, в срок. Наличие хронических заболеваний отрицает.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже туловища, верхних и нижних конечностей множественные пигментные пятна и папулы, цвет от светло-коричневого до коричневого, все элементы симметричные, округлых и овальных очертаний. Диаметр от 2 до 6 мм. Дерматоскопия показала, что образования меланоцитарные, представлены ретикулярно-глобулярными структурами, образования в области нижней трети спины, правой лопатки с атипичной пигментной сетью.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено С. Б. Антоновой

Задача 16

Пациент М., 1 год 8 месяцев, мать обратилась на прием с **жалобами** на «родимые пятна» по всему телу мальчика.

Anamnesis morbi: с рождения на коже средней и нижней трети спины с переходом на переднюю брюшную стенку, ягодицы и левое бедро — обширное пигментное пятно. Пятно растет пропорционально телу ребенка.

Anamnesis vitae: мальчик от второй беременности, в срок. Беременность матери протекала на фоне ожирения. Масса тела при рождении — 3520 г, окружность головы — 37 см, рост — 55 см, по Апгар 7/7 баллов. Период новорожденности без особенностей. Психомоторное развитие ребенка соответствовало возрасту

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Пигментное пятно имеет неправильную форму с нечеткими границами темно-коричневого цвета, покрыто грубыми темными терминальными волосами. На туловище, конечностях, преимущественно на голове — четко очерченные с ровными контурами папулы различного диаметра темно-коричневого цвета,

местами с бородавчатой поверхностью, складчатостью, гипертрихозом. По всему телу множественные мелкие невусы-сателлиты. Дерматоскопия показала, что образования меланоцитарные, приставлены глобулярной структурой, без атипии.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено С. Б. Антоновой

Задача 17

Пациент В., 78 лет, обратился к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на незаживающую язву на коже лба.

Anamnesis morbi: со слов мужчины, язва на коже лба около 2 лет, без субъективных ощущений, самостоятельно пытался лечиться народными средствами (соком алоэ) — без эффекта. За медицинской помощью ранее не обращался. Также отмечает подобные элементы на коже туловища, которым более 10 лет. Обратился к врачу-дерматовенерологу из-за косметического дефекта на коже лба.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Наследственность не отягощена.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже лобной области слева язва с приподнятыми краями с геморрагической корочкой диаметром 6,0 см, дно язвы сухое, с серозными корочками и чешуйками. При полном клиническом осмотре выявлены множественные пятна и бляшки розового и розово-багрового цвета на коже груди, за обеими ушными раковинами с серозными и геморрагическими корочками, размером от 0,5 см до 8,5 см в диаметре. Всего 12 очагов. Дерматоскопия показала, что образования не меланоцитарные, представлены эритемой, эрозиями, древовидными сосудами, корочками.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены А. С. Шубиной

Задача 18

Пациентка Ю., 57 лет, на прием обратилась с **жалобами** на пигментное пятно на коже спины, слабый зуд.

Anamnesis morbi: впервые заметила появление «родинки» 4 года назад, образование постепенно начало увеличиваться, субъективные ощущения не беспокоили. Последние 3 месяца появились чувство зуда и дискомфорта в месте новообразования.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Наследственность по кожным заболеваниям неотягощена.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже спины в области над левой лопаткой пигментное, ассиметричное пятно, диаметром 7 см с фестончатыми неправильными краями. Образование полихромное: встречаются серый, коричневый, черный, белый цвета. Дерматоскопия показала, что образование меланоцитарное, ассиметричное, есть атипичная пигментная сеть, бело-голубая вуаль (3 бала по шкале Аргензиано).

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено А. С. Шубиной

Задача 19

Пациентка И., 11 лет, обратилась с мамой к врачу-дерматовенерологу кожно-венерологического диспансера с **жалобами** на высыпания на коже лица.

Anamnesis morbi: Мать заметила появление единичных высыпаний у дочери на коже правой щеки 2 года назад, девочку элементы никак не беспокоили. Сыпь была расценена как «веснушки», лечение не проводилось. В течение следующего года элементы начали распространяться

на кожу обеих щек, лба, век. Обратились по месту жительства к врачу-педиатру, диагноз неясен, ребенка направили к врачу-дерматовенерологу.

Anamnesis vitae: родилась от второй беременности, в срок.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже щек, лба, век множественные папулы светло-коричневого цвета, диаметром до 0,5 см, слегка возвышающиеся над уровнем кожи, местами сливающиеся между собой. При осмотре элементов под лупой, можно увидеть усиленный кожный рисунок.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено А. С. Шубиной

Задача 20

Пациент Ж., 27 лет, обратился на прием с **жалобами** на появление образования на подошве, болезненность при ходьбе.

Anamnesis morbi: отмечает появление плотного новообразования на коже подошвы в течение 4 месяцев, последний месяц появилась болезненность при ходьбе. Самостоятельно пытался удалить элемент с по-

мощью «Супер-чистотела» — без эффекта, после применения отметил увеличение в размере.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс локализован на коже левой подошвы и представлен узелками серовато-белого цвета, плотными при пальпации, полушаровидными с шероховатой, дольчатой поверхностью. Размеры варьируют от булавочной головки до горошины. Дерматоскопия показала, что видны тромбированные сосуды в виде красно-коричневых точек.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены А. С. Шубиной

Задача 21

Пациентка К., 30 лет, обратилась к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на пигментные новообразования на коже, изменившиеся во время беременности.

Anamnesis morbi: со слов пациентки, пигментные новообразования на коже туловища, конечностей существуют длительное время, без субъективных ощущений. Во время беременности заметила увеличение в раз-

мере новообразований на коже. После родов обратилась к врачу-дерматовенерологу для осмотра. Новообразование на волосистой части головы ранее не замечала, когда появилось неизвестно. Пациентка находится в группе риска по возникновению злокачественных новообразований, согласно опроснику SAMscore имеет 3 признака: II тип фоточувствительности кожи по Fitzpatrick, более 20 невусов на обеих руках, солнечный ожог в детстве или подростковом возрасте.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Наследственность не отягощена.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. В лобной области волосистой части головы справа имеется ассиметричное пятно 2,5–2 см, с неправильными, фестончатыми очертаниями, темно-коричневого цвета. Дерматоскопия показала, что меланоцитарное образование, представлено ассиметричным пятном, атипичной пигментной сетью, зоной регресса, атипичными точками и глобулами. Надключичные, подключичные, шейные, аксиллярные лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены А. С. Шубиной

Задача 22

Пациентка А., 60 лет, обратилась к терапевту с **жалобами** на резкие боли в области шеи, высыпания.

Anamnesis morbi: считает себя больной 8 дней, начало заболевания связывает с сильным психоэмоциональным перенапряжением. Отмечает постепенное усиление болей, повышение температуры тела до $38,0^{\circ}\text{C}$. Самостоятельно применяла «Нурофен» — без выраженного эффекта.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На правой половине шеи по ходу нервов располагается очаг поражения, кожа на нем отечна, гиперемирована. На этом фоне располагаются множественные сгруппированные везикулы с прозрачным содержимым, отмечается появление свежих высыпаний. На коже в области головы отмечаются серозно-геморрагические корочки.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести?
3. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено А. С. Шубиной

Задача 23

Пациент П., 8 лет, мать обратилась на прием с **жалобами** на образование на нижней губе у мальчика.

Anamnesis morbi: образование на нижней губе появилось около 4 месяцев назад, мать отметила медленный рост, субъективные ощущения

не беспокоили. За медицинской помощью обратились впервые, самостоятельно не лечились.

Anamnesis vitae: родился от второй беременности, в срок. Развитие соответствует возрасту.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс локализован на красной кайме нижней губы и представлен папулой серо-розового цвета. Образование имеет округлые очертания с четкими границами, диаметр 4 мм, с шероховатой, дольчатой поверхностью.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено А. С. Шубиной

Задача 24

Пациент Г., 62 лет, обратился к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на высыпания на лице, болезненность в области левой половины головы, невозможность открыть левый глаз.

Anamnesis morbi: считает себя больным в течение 1 недели, когда впервые появились сильные боли в левой половине головы, которые, несмотря на прием анальгетиков, имели тенденцию к усилению. Спустя 2 дня появились пузырьки, распространившиеся на левый глаз, сопровождались болезненностью и жжением. На фоне процесса отметил повышение температуры до $39,0^{\circ}\text{C}$, озноб. Самостоятельно применял мазь «Ацикло-

вир» — без эффекта. Накануне вечером появилась боль в левом глазу, невозможность открыть его, глаз начал промывать чаем — без эффекта.

Anamnesis vitae: ранее проходил лечение по поводу рака предстательной железы.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже левой половины лица (лба, век) множественные сгруппированные пузырьки, местами вскрывшиеся, с образованием геморрагических и серозных корочек диаметром до 2,0 см. Верхнее и нижнее веки левого глаза гиперемированы, отечны, из-за чего невозможно открыть глаз.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие методы диагностики необходимо провести?
3. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено А. С. Шубиной

Задача 25

Больной С., 49 лет, обратился к врачу-дерматологу с **жалобами** на кожные высыпания на спине.

Anamnesis morbi: впервые заметил высыпания на коже спины 3 месяца назад. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью не обращался. Отмечает постепенное распространение высыпаний.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность по кожным заболеваниям не отягощена.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже груди, межлопаточной области имеется множество элементов, покрытых тонкими чешуйко-корками, также присутствуют единичные эрозии и дряблые пузыри, величиной до горошины на фоне неизменной кожи. Симптом Никольского резко положительный.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каковы методы обследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Каков дифференциальный диагноз?
4. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено Е. П. Гурковской

Задача 26

Пациентка К., 6 лет, На приеме с мамой. Обратились к врачу с **жалобами** на высыпания на коже кистей.

Anamnesis morbi: высыпания на коже появились в течение 3 месяцев, субъективно не беспокоили.

Anamnesis vitae: родилась от первой беременности, первых родов, в срок. Наследственность по кожным заболеваниям не отягощена.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс локали-

зован на тыле пальцев кистей и представлен узелками телесного цвета на фоне неизменной кожи. Узелки плотные, безболезненные, размером от чечевицы до горошины, резко выступающие над уровнем кожи, поверхность шероховатая, гиперкератотическая.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие гистопатологические изменения в коже характерны для данного заболевания?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено К. Н. Сорокиной

Задача 27

Пациент Е., 30 лет, обратился к врачу-дерматовенерологу кожно-венерологического диспансера с **жалобами** на высыпания на головке и теле полового члена, не вызывающие субъективных расстройств.

Anamnesis morbi: болеет в течение 3 месяцев.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс локализован в области тела и головки полового члена и представлен папулами

размерами до 1,5 см. Папулы имеют цвет нормальной кожи, местами с белесоватым оттенком вследствие мацерации, мягкую консистенцию, располагаются на узкой ножке. Поверхность папул имеет дольчатое строение, напоминающее по внешнему виду цветную капусту.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено Ю. М. Бочкаревым

Задача 28

Пациент, 36 лет, обратился к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на общее недомогание, сильные боли на лбу над правой бровью и на высыпания в этой же области.

Anamnesis morbi: заболел 4 дня назад. Заболеванию предшествовало переохлаждение.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. В лобной области слева имеются очаги поражения размерами от 1 до 4 см в диаметре. В очагах видны группы многочисленных пузырьков, наполненных серозным экссудатом. Кожа, на которой расположены пузырьки, отечна, розово-красного цвета.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?

2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено К. Н. Сорокиной

Задача 29

Пациент Б., 7 мес, мать обратилась на амбулаторный прием к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на высыпания в правой височной области у мальчика.

Anamnesis morbi: впервые появление высыпания отметили 1 месяц назад, самостоятельно не лечили.

Anamnesis vitae: родился от второй беременности, первых родов, в срок. Развитие соответствует возрасту.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс локализован на коже волосистой части головы в правой височной области и представлен узелком округлой формы, размером с просыаное зерно, с восковидно-блестящей поверхностью опалового цвета. В центре образования видно западение, внутри кашицеобразная масса.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено К. Н. Сорокиной

Задача 30

Пациент А., 47 лет, на амбулаторный прием к врачу-дерматовенерологу обратился с **жалобами** на высыпание на ногах.

Anamnesis morbi: высыпания появились через 2 дня после начала приема ко-тримоксазола (сульфаметоксазол + триметоприм). Мужчина принимал препарат в связи с обострением хронического пиелонефрита.

Anamnesis vitae: хронический пиелонефрит, кисты почек с детского возраста, ранее лечился ко-тримоксазолом, ципрофлоксацином. Аллергологический анамнез: на прием пенициллинов — крапивница, ангиоотеки лица.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже голеней, бедер, стоп симметрично расположенные, слегка возвышающиеся, четко ограниченные округлые пятна и отечные папулы. Центральная часть их западает, синюшно-красного цвета, а периферическая — возвышается в виде валика ярко-красного цвета. Субъективно отмечает жжение.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены К. Н. Сорокиной

Задача 31

Пациентка И., 23 лет, на амбулаторный прием к врачу-дерматовенерологу обратилась с **жалобами** на кожные высыпания в области туловища и конечностей, которые сопровождаются зудом.

Anamnesis morbi: высыпания появились одномоментно накануне вечером, когда впервые отметила появление единичных зудящих розовых элементов на коже живота. Связывает с употреблением большого количества шоколада, апельсинов и грейпфрутов в течение дня. Ночью высыпания распространились по коже бедер. Ранее подобная сыпь не появлялась.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен, ранее реакций на пищевые, лекарственные, бытовые, пыльцевые, эпидермальные аллергены не отмечала.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже бедер представлены мономорфные высыпания в виде волдырей диаметром до 8 см, с четкими границами, с тенденцией к слиянию. Высыпания возвышаются над поверхностью кожи, округлые с неправильными очертаниями, бледно-розового цвета, сопровождаются зудом.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каковы возможные аллергены, вызывающие данный дерматоз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено К. Н. Сорокиной

Задача 32

Пациент П., 1 год 5 месяцев, мать обратилась на амбулаторный прием к врачу-дерматовенерологу кожно-венерологического диспансера с **жалобами** на высыпания лице, туловище и конечностях, сопровождающиеся сильным зудом, у сына.

Anamnesis morbi: со слов матери, высыпания появились в возрасте 11 месяцев. Начало заболевания совпало с переходом на искусственное вскармливание.

Anamnesis vitae: родился от первой беременности, первых родов, в срок. Развитие соответствует возрасту. Наследственность по кожной патологии не отягощена. У отца и бабушки по отцовской линии поллиноз.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже лица, груди, наружной поверхности голени, предплечий, на ягодицах имеются лентикулярные папулы, на вершине которых имеются пузырьки или геморрагические корки. Пузырьки имеют размеры с просыаное зерно, наполнены экссудатом. Дермографизм красный.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо дополнительно провести?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены К. Н. Сорокиной

Задача 33

Пациентка П., 32 лет, поступила в гинекологическое отделение с **жалобами** на сильные боли внизу живота, озноб, тошноту, слабость.

Anamnesis morbi: внезапно появились боли внизу живота, озноб, сильное потоотделение, температура повысилась до 39,5 °С.

Anamnesis vitae: из перенесенных заболеваний отмечает корь, грипп, ангину, в 20-летнем возрасте — аппендэктомию. Наследственность не отя-

гощена. Менструации с 14 лет, установились сразу (по 3–4 дня, цикл 28 дней), регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 10 дней тому назад. Половую жизнь ведет с 23 лет. Было четыре беременности, из которых первая закончилась нормальными срочными родами, три последующие искусственными абортами. Роды и аборт протекали без осложнений. Перенесенные гинекологические болезни отрицает. В настоящее время в браке не состоит. Две недели назад имело место случайное половое сношение.

Объективно: общее состояние при поступлении средней тяжести. Пульс — 120 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 120/80 мм рт. ст. Температура тела — 39,3 °С.

Status specialis: кожные покровы несколько бледные, слизистые розовые. Язык влажный, обложен белым налетом, больная отмечает сухость во рту. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких прослушивается везикулярное дыхание. Живот правильной конфигурации, участвует в акте дыхания, при пальпации резко болезненный в нижних отделах, где определяется напряжение прямых мышц живота и положительные симптомы раздражения брюшины. Свободная жидкость в брюшной не выявляется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул нормальный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрической формы, чистая, зев щелевидный, слизистая влагалища бледно-розового цвета, из цервикального канала отходят гнойные выделения.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки эластической консистенции, наружный зев закрыт, смещение шейки матки болезненно, своды влагалища глубокие. Матку и придатки пропальпировать не удастся из-за напряжения и болезненности передней брюшной стенки.

Результаты исследований: анализ крови (гемоглобин — 120 г/л, лейкоцитов $16,8 \cdot 10^9$ в 1 л, отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ — 38 мм/ч).

Микробиологическое исследование: в мазках из уретры, цервикального канала, влагалища и прямой кишки обнаружены в большом количестве внутри- и внеклеточно-расположенные грамотрицательные диплококки (гонококки рода *Neisseria*).

Анализ отделяемого из цервикального канала показал наличие гонококков, чувствительных к пенициллину.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?

Задача 34

Пациентка А., 30 лет, поступила в гинекологическое отделение с **жа-лобами** на ноющие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, повышение температуры тела до 37,8°, бели желто-зеленого цвета.

Anamnesis morbi: считает себя больной в течение недели. Половой партнер со слов пациентки один (муж).

Anamnesis vitae: в детстве перенесла корь, грипп, ангину. Наследственность неотягощена. Менструации с 13 лет, установились сразу (по 3–4 дня, цикл 28 дней), регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация имела место за 2 недели до поступления в отделение. Половую жизнь ведет с 23 лет. Было три беременности, из которых первые две закончились нормальными срочными родами, третья (2 года назад) — искусственным абортom, который осложнился воспалением придатков, по причине чего пациентка находилась на стационарном лечении в течение 2 недель.

Объективно: общее состояние больной при поступлении удовлетворительное. Пульс — 86 уд./мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 125/80 мм рт. ст. Температура тела — 37,5 °С.

Status specialis: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Язык влажный, обложен белым налетом. Тоны сердца чистые, ясные, ритмичные. В легких прослушивается везикулярное дыхание. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в нижних отделах. Признаков раздражения брюшины не обнаружено, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. Стул нормальный.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища бледно-розового цвета, шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидный, имеется отечность и гиперемия вокруг наружного зева шейки матки, из цервикального канала отходят гнойные бели.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, при смещении шейки матки от-

мечаются болезненность, наружный зев шейки матки закрыт. Тело матки находится в правильном положении, нормальной величины, плотной консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон увеличены, в спайках, болезненны при пальпации. Своды влагалища глубокие, безболезненные.

Результаты исследований: анализ крови: гемоглобин — 13,4 г/л, лейкоцитов $7,2 \cdot 10^9$ в 1 л. сдвиг лейкоцитарной формулы влево не определяется, СОЭ — 20 мм/ч.

Больной внутримышечно была введена гоновакцина (500 млн микробных тел), после чего через 24, 48 и 72 ч взяты мазки. В мазках обнаружены диплококки (гонококки рода *Neisseria*), расположенные внутриклеточно.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?

Задача 35

Пациентка С., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации с **жалобами** на обильные пенистые бели с неприятным запахом, чувство жжения, зуда в области наружных половых органов, тяжести во влагалище.

Anamnesis morbi: больна в течение недели.

Anamnesis vitae: в детстве болела корью, скарлатиной. Наследственность не отягощена. Менструации с 14 лет, установились сразу (по 3–4 дня, цикл 28 дней), регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация наступила в срок — за 10 дней до обращения к врачу. Половую жизнь ведет с 18 лет. Была замужем. В настоящее время брак расторгнут. Две недели тому назад имела случайное половое сношение. Была одна беременность, которая закончилась медицинским абортom. Перенесенные гинекологические болезни отрицает.

Объективно: общее состояние больной удовлетворительное. Пульс — 86 уд./мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 115/70 мм рт. ст. Температура тела — 36,2 °С.

Status specialis: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Осмотр при помощи зеркал: имеется резкая гиперемия слизистой оболочки влагалища, ярко-красная пятнистость в верхней его части, а также выраженная мацерация эпителия. При протирании стенок влагалища марлевым шариком последний окрашивается сукровичным отделяемым. В заднем влагалищном своде имеется скопление желтого гноя зеленоватого оттенка, жидкой консистенции, пенистого вида. Такое же отделяемое определяется в наружном зеве шейки матки и наружной части мочеиспускательного канала.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки эластической консистенции, зев ее за крыт, смещение шейки матки безболезненно. Матка плотная, подвижная и безболезненная, находится в правильном положении, имеет нормальную величину. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища глубокие.

Результаты исследований: взяты мазки из влагалища, цервикального канала и уретры на анализ микрофлоры. Микробиологическое исследование: в мазках из влагалища обнаружены трихомонады.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?

Задача 36

Пациентка П., 27 лет, обратилась к врачу женской консультации с **жалобами** на неприятные ощущения во влагалище, чувство жжения, зуд, бели.

Anamnesis morbi: считает себя больной в течение 5 дней, когда впервые появились первые симптомы.

Anamnesis vitae: в детстве перенесла ветряную оспу, скарлатину, будучи уже взрослой, болела гриппом. Менструации с 13 лет, установились сразу (по 3–4 дня, цикл 30 дней), умеренные, регулярные, безболезненные. Последняя менструация 2 недели назад. Половую жизнь ведет с 21 года, брак первый. Было две беременности, одна из которых закончилась родами, а вторая абортom (срок 8 недель беременности). Осложнения после родов и аборта не наблюдались. Перенесенные гинекологические болезни отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс — 86 уд./мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 115/70 мм рт. ст. Температура тела — 36,8 °С. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища и шейки матки резко гиперемирована, отечна. На этом фоне имеются белесоватые налеты, которые легко снимаются марлевым шариком, и выделения творожистого вида. Шейка матки цилиндрической формы.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки эластической консистенции, зев закрыт, смещение шейки матки безболезненно. Матка нормальной величины, плотная, подвижная, находится в правильном положении. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища глубокие.

Результаты исследований: при исследовании мазков из влагалища обнаружен грибок рода *Candida*.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?

Задача 37

Пациентка М., 24 лет, обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на высыпания на коже живота, субъективно не беспокоящие.

Anamnesis morbi: высыпания беспокоят с января. Пациентка связывает появление высыпаний с контактом с племянницей 7 лет, у которой недавно появился котенок. Пациентка самостоятельно использовала мазь синаflan, на фоне применения которой отмечала появление новых высыпаний.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс ограниченный, локализован на коже передней поверхности живота и представлен единичным эритематозно-сквамозным очагом с периферическим гипе-

ремированным валиком, возвышающимся над уровнем кожи, кольцевидной формы, диаметром до 5 см.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие профилактические и противоэпидемические мероприятия необходимо провести?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено С. Б. Антоновой

Задача 38

Пациентка И., 5 лет, на прием к дерматологу обратилась мать с **жалобами** на распространенные высыпания на коже, интенсивный зуд, преимущественно в ночное время, у ребенка.

Anamnesis morbi: мать отмечает, что жалобы беспокоят девочку в течение 2 недель, появление высыпаний ни с чем не связывает. Самостоятельно мать смазывала высыпания кремом адвантан — без эффекта. При дальнейшем расспросе женщина рассказала, что у нее и у мужа появился зуд в области межпальцевых промежутков.

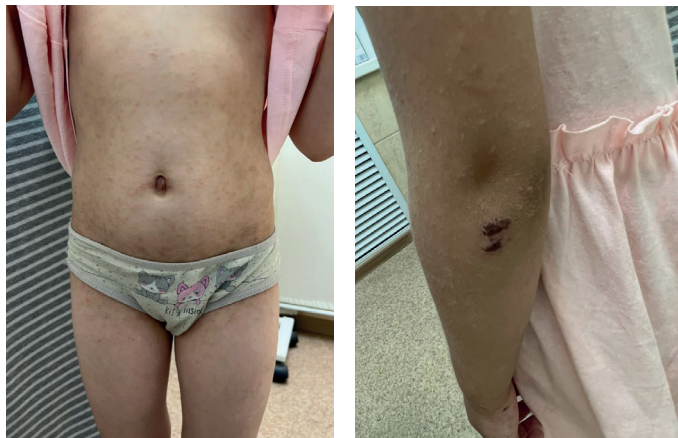
Anamnesis vitae: родилась от первой беременности, в срок. Развитие соответствует возрасту. Наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс распро-

страненный, симметричный, представлен мелкими воспалительными парными папулами, множественными экскориациями и геморрагическими корочками. Массивные геморрагические корки в области локтей.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие профилактические и противоэпидемические мероприятия необходимо провести?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены К. И. Николаевой

Задача 39

Пациент Т., 21 год, обратился к врачу-дерматовенерологу кожно-венерологического диспансера с **жалобами** на распространенные высыпания, сопровождающиеся шелушением, субъективно не беспокоящие.

Anamnesis morbi: считает себя больным в течение 1 месяца, когда после перенесенной ангины появились первые высыпания в области разгибательной поверхности локтей, которые затем распространились на кожу туловища, конечностей. Самостоятельно не лечился.

Anamnesis vitae: сопутствующие заболевания: ожирение 3 степени. Аллергологический анамнез неотягощен.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс распространенный, симметричный, локализован на коже туловища, верхних и нижних конечностей. Представлен множественными папулами округлых очертаний, с четкими границами, размерами до 3 см в диаметре, розово-красного цвета. Папулы сливаются в крупные бляшки размерами до 20 см, округлых и овальных очертаний, с четкими границами, розово-красного цвета. Высыпания покрыты большим количеством серебристо-белых чешуек, легко отходящих от поверхности элементов. При поскабливании папул шелушение усиливается.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены К. И. Николаевой

Задача 40

Пациент К., 32 лет, обратился к дерматовенерологу с **жалобами** на распространенные высыпания, сопровождающиеся непостоянным зудом слабой степени интенсивности.

Anamnesis morbi: считает себя больным в течение нескольких месяцев.

Anamnesis vitae: известно, что у пациента выявлена ВИЧ-инфекция, получает АРВТ под наблюдением инфекциониста.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже лица, конечностей, туловища единичные эрозивно-язвенные элементы округлых очертаний, с четкими границами, размерами до 0,5 см в диаметре, с геморрагической корочкой на поверхности. На коже головки полового члена язва овальных очертаний размерами 1,0–0,5 см в диаметре, розового цвета и цвета «испорченного сала». При пальпации язвенный дефект безболезненный, в основании определяется плотный инфильтрат. Паховые лимфоузлы слева увеличены до 1,5 см, не спаянные с окружающими тканями, плотноэластической консистенции, безболезненные при пальпации.

Результаты исследований: проведено серологическое исследование крови (РМП 4+, титр 1:8).

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какова тактика обследования?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены К. И. Николаевой

Задача 41

Пациент М., 35 лет, обратился к дерматовенерологу с **жалобами** на распространенные высыпания, субъективно не беспокоящие.

Anamnesis morbi: считает себя больным в течение 3 недель. Появление высыпаний ни с чем не связывает. Самостоятельно не лечился. Высыпаний в области половых органов до появления распространенной сыпи не отмечал.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже лица, половых органов, конечностей, включая ладони и подошвы, множественные папулезные высыпания розового цвета округлых и овальных очертаний, с четкими границами, размерами до 0,5–0,7 см в диаметре, без признаков шелушения на поверхности. На коже боковых поверхностей туловища определяется обильная розеолезная сыпь округлых очертаний, размерами до 0,3 см в диаметре, без склонности к слиянию, без признаков шелушения на поверхности. При надавливании пятнистые высыпания исчезают.

Результаты исследований: проведено серологическое исследование крови (РМП 4+, титр 1:16).

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены Н. В. Симоновой

Задача 42

Пациент К., 2 день жизни, мать обратилась к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на сухость кожи у ребенка.

Anamnesis morbi: сухость кожи отметили с рождения, беспокоит выраженное шелушение.

Anamnesis vitae: ребенок родился в удовлетворительном состоянии от 2 беременности, 2 срочных физиологических родов в сроке 39 недель. Вес новорожденного при рождении — 2 кг 900 г, рост — 48 см, оценка по шкале Апгар — 7/8. Наследственность: у матери с рождения очень сухая кожа, покрытая белесовато-серыми чешуйками, на ощупь шершавая, к дерматологу не обращалась. Первый ребенок здоров.

Status specialis: кожный покров розового цвета, мраморный, сухой, нормальной температуры. Видимые слизистые розовые, чистые. Кожный процесс диффузный, локализован по всему кожному покрову в виде мелко и крупнопластинчатого шелушения на фоне умеренной эритемы. На ладонных поверхностях кистей и подошвенных поверхностях стоп выражен кожный рисунок. Волосы и ногти не изменены.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, диагностики вы предложите пациенту?

Кожный процесс у мамы



Кожный процесс у ребенка



Изображение подготовлено К. Н. Сорокиной

Задача 43

Пациент В., 8 день жизни, мать обратилась к дерматовенерологу с **жалобами** на появляющиеся пузыри на коже верхних и нижних конечностей, эрозии, корочки у ребенка.

Anamnesis morbi: высыпания на коже с первых дней жизни.

Anamnesis vitae: ребенок родился от 2 беременности, 2 срочных родов. Первый ребенок здоров. При рождении масса ребенка — 2650 г, рост — 46 см, по шкале Апгар — 8/9 баллов. К груди был приложен сразу. В родословной присутствует синдром Дауна.

Status specialis: кожный покров мраморный, нормальной влажности и температуры. На коже затылочной поверхности, в области спины, ягодиц, на коже пальцев и межпальцевых промежутков обеих кистей, разгибательных поверхностях коленных и локтевых суставов, стопах визуализируются множественные пузыри овальной и округлой формы до 3,0 см в диаметре, с прозрачным содержимым, единичные эрозии и геморрагические корочки. Образование пузырей происходит после травматизации кожи кистей, в местах давления. Состояние волос, бровей и ресниц без изменений. Ногтевые пластины не деформированы.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, диагностики вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено К. Н. Сорокиной

Задача 44

Пациент А., 7 месяцев, мать обратилась к дерматовенерологу с **жалобами** на увеличивающееся новообразование на коже правой руки у ребенка.

Anamnesis morbi: образование беспокоит с рождения.

Anamnesis vitae: ребенок родился от первой беременности, первых срочных родов. Акушерский анамнез: беременность протекала на фоне анемии в первом триместре, маловодии. Наследственность не отягощена.

Status specialis: кожный покров физиологической окраски, нормальной влажности и температуры. Кожный процесс ограниченный. На коже правого локтевого сустава разгибательной и сгибательной поверхности единичное пятно коричневого цвета с четкими границами неправильной формы до 10 см в диаметре, охватывающее всю кожу вокруг сустава. Пятно с черными пятнами до 0,3 см в центре образования и множественными папилломатозными разрастаниями до 0,5 см. Пятно характеризуется обильным ростом пушковых длинных волос. Волосы, брови, ресницы и ногтевые пластины — без патологических изменений.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено К. Н. Сорокиной

Задача 45

Пациентка, Д., 14 лет, обратилась к дерматовенерологу с **жалобами** на появление очага покраснения на коже левой щеки с желтыми корочками.

Anamnesis morbi: высыпание беспокоит в течение 1 недели.

Anamnesis vitae: ребенок от первой беременности, первых родов. Соматически здорова. Посещает спортивную секцию (спортивная гимнастика). В семье есть второй младший здоровый ребенок. Наследственность неотягощена.

Status specialis: кожный покров физиологической окраски, нормальной влажности и температуры. Дериваты кожи не изменены. Кожный процесс ограниченный. Локализован на коже левой щечной области, представлен в виде множественных фликтен, светло-желтых тонких корочек на фоне яркой гиперемии, умеренной инфильтрации.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено К. Н. Сорокиной

Задача 46

Пациентка, А., 7 лет, мать обратилась к дерматовенерологу с **жалобами** на коричневые пятна на туловище, конечностях у ребенка.

Anamnesis morbi: количество высыпаний увеличивается с возрастом.

Anamnesis vitae: ребенок от первой беременности, первых родов. Первые пятна появились на первом году жизни. В семье есть второй младший здоровый ребенок. Наследственность: у папы ребенка есть аналогичные пятна на туловище.

Status specialis: кожный покров физиологической окраски, нормальной влажности и температуры. Волосы, брови, ресницы, ногтевые пластины не изменены. Кожный процесс распространенный. На коже туловища, верхних и нижних конечностях расположены множественные округлые, овальные или неправильной формы пятна светло-коричневого цвета по типу «кофе с молоком», с четкими границами, диаметром до 4,0–5,0 см. На коже подмышечных впадин множественные пигментированные макулы (лентиги) овальной формы от 1,0 до 4,0 мм (признак Кроува).

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, обследования вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены К. Н. Сорокиной

Задача 47

Пациент Е., 15 лет, обратился к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на сыпь в правой подмышечной впадине.

Anamnesis morbi: atopический дерматит с детства. На данный момент отмечает обострения в виде экземы кистей.

Anamnesis vitae: установлены бронхиальная астма и поллиноз с 3 лет. Наблюдается у офтальмолога с миопией. Плоскостопие, наблюдается у травматолога-ортопеда. Ранее выявлены изменения при УЗИ сердца. Эпиданамнез: контакт с инфекционными больными отрицает, дома есть кот.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

Status specialis: кожа физиологической окраски, умеренной влажности. Кожный процесс ограниченный, асимметричный. Локализован в правой подмышечной впадине, представлен фликтенами от 0,5 до 2 см в диаметре, эрозиями, покрытыми желтыми корочками. Дермографизм розовый, нестойкий. Волосы, брови, ресницы, ногти не изменены.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено Н. В. Савченко

Задача 48

Пациентка П., 34 лет, обратилась к врачу-дерматовенерологу кожно-венерологического диспансера с **жалобами** на появление мелких, разноцветных пятен на коже спины и груди, которые иногда слегка зудят.

Anamnesis morbi: первые пятна появились примерно месяц назад после отпуска на море. Сначала пятна были небольшими и единичными,

но со временем распространились по всей спине и груди. Пациентка использовала увлажняющие кремы и противогрибковые шампуни, но без значительного эффекта. Жалуется на легкий зуд, особенно после физической активности или потоотделения.

Anamnesis vitae: соматически здорова, в течение 14 дней начала заниматься спортом и регулярно посещать фитнес-центр. Сообщает о частом потоотделении, особенно в летний период. Эпиданамнез: контакт с инфекционными больными отрицает, домашних животных нет. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность по кожным заболеваниям отягощена: у отца похожие высыпания, возникают периодически в течение жизни.

Status specialis: кожный покров физиологической окраски. Кожный процесс распространенный, симметричный. Локализован преимущественно в области лопаток, плеч, представлен пятнами до 0,5 см в диаметре, светло-коричневого и бледно-розового цвета с шелушением на поверхности, с четкими границами. Проба Бальцера положительная. Дермографизм розовый, нестойкий. Волосы, брови, ресницы, ногти не изменены.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, обследования вы предложите пациенту?
4. Какая профилактика заболевания?



Изображение подготовлено Н. В. Савченко

Задача 49

Пациентка К., 35 лет, обратилась к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на появление выроста в области преддверия носа, который вызывает дискомфорт и иногда зудит.

Anamnesis morbi: около 2 месяцев назад пациентка заметила небольшой вырост в области преддверия носа. Сначала образование не вызывало дискомфорта, но со временем увеличилось в размерах и начало травмироваться при умывании. Пациентка пыталась самостоятельно удалять его с помощью косметических средств, но безуспешно. Обратилась за консультацией к дерматологу для установления диагноза и лечения.

Anamnesis vitae: Аллергических реакций на медикаменты, продукты и другие вещества не отмечает. Не курит, алкоголь употребляет редко, в умеренных количествах. Хронических заболеваний не имеет. Наследственность не отягощена. Регулярно посещает косметолога.

Status specialis: кожа физиологического цвета, умеренной влажности. Процесс ограниченный, асимметричный. В области преддверия носа справа определяется нитевидное образование размером около 5 мм, телесного цвета, мягкой консистенции. Основание бородавки широкое, поверхность ворсинчатая. При пальпации образование подвижное, безболезненное, не спаянное с подлежащими тканями. Вокруг бородавки кожа не изменена, признаков воспаления нет.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, обследования вы предложите пациенту?
4. Какие осложнения при несвоевременном лечении или попытках самостоятельного удаления могут возникнуть?



Изображение подготовлено Н. В. Савченко

Задача 50

Пациентка И., 3 лет, родители обратились к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на туловище у ребенка.

Anamnesis morbi: появление высыпаний отмечают 7 дней назад. Ранее девочка вылила горячий чай на поверхность груди. Самостоятельно использовали мазь прополиса, после чего появились высыпания.

Anamnesis vitae: ребенок от первой беременности, первых естественных срочных родов. Соматически здоров, вакцинирован в соответствие с национальным календарем профилактических прививок. Проживают в квартире, контакт с животными отрицают. Аллергологический анамнез спокоен. Семейный анамнез: заболеваний кожи в 2 поколениях не выявлено.

Status specialis: на момент осмотра кожа физиологического цвета, умеренной влажности. Процесс ограниченный, симметричный. Высыпания локализуются на туловище в области груди и живота, представлены эритемой с нечеткими границами, единичными мелкими пустулами, папулами розового цвета. Ногти и волосы не изменены. Дермографизм розовый, нестойкий.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?
4. Каковы особенности детской кожи, предрасполагающие к развитию болезни?



Изображение подготовлено Н. В. Савченко

Задача 51

Пациентка Д., 2 лет, мать обратилась за консультацией к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на сыпь у ребенка.

Anamnesis morbi: появление высыпаний отмечают 3 дня назад, самостоятельно не лечились. Ребенок не жаловался на боль и зуд, повышения температуры также не было. Переболела ветряной оспой весной 2023 года вместе со вторым ребенком в семье.

Anamnesis vitae: ребенок от 2 беременности, 2 естественных срочных родов, соматически здоров, вакцинирован в соответствие с национальным календарем профилактических прививок. Проживают в собственном доме. Ребенок не посещает детский сад 2 месяца. В конце февраля девочка перенесла пневмонию. 2 дня назад мать пациентки заметила появление лабиального герпеса у себя.

Status specialis: на момент осмотра кожа физиологического цвета, умеренной влажности. Процесс ограниченный, асимметричный, локализуется линейно по ходу межреберного нерва слева, представлен двумя очагами сгруппированных папулам и единичными пузырьками на эритематозном фоне. По среднеключичной линии справа определяется искусственная пигментация черного цвета (временная татуировка). Ногти и волосы не изменены. Дермографизм розовый, нестойкий.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено К. И. Николаевой

Задача 52

Пациент Р., 24 лет, обратился к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на обильные гнойные выделения из половых путей, болезненность при мочеиспускании, жжение.

Anamnesis morbi: считает себя больным в течение 2 дней, когда появились гнойные выделения из уретры. Самостоятельно не лечился.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Постоянного полового партнера не имеет, не женат, детей нет. Отмечает частые случайные половые контакты с малознакомыми женщинами. Последняя половая связь была незащищенной и произошла 6 дней назад с женщиной.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Урологический статус: наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Головка полового члена открывается свободно. Отмечается гиперемия и отечность губок наружного отверстия уретры, обильные гнойные выделения из уретры. Лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено Е. С. Мыльниковой

Задача 53

Пациент Б., 45 лет, обратился с **жалобами** к врачу-дерматовенерологу на высыпания на головке полового члена, невозможность обнажить головку полового члена.

Anamnesis morbi: считает себя больным в течение 10 дней, когда впервые отметил появление «язвочки» на коже головки полового члена. Самостоятельно использовал мазь левомеколь, обрабатывал водным раствором хлоргексидина биглюконата в течение 2 дней — без эффекта. Отметил появление отечности кожи полового члена, в связи с чем обратился к урологу. Рекомендации уролога: назначен доксициклин 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней, консультация дерматовенеролога. На фоне антибиотикотерапии пациент улучшения не отметил, в связи с чем обратился к дерматовенерологу.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Из анамнеза известно, что пациент не женат, постоянного полового партнера не имеет. Указывает на случайную незащищенную половую связь с незнакомой женщиной 1 месяц назад.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. наружные половые органы сформированы правильно по мужскому типу. Крайняя плоть не заворачивается за головку полового члена, отверстие препуциального мешка сужено, из него выделяются необильные гнойные выделения. На коже наружного листка крайней плоти полового члена отмечается единичный язвенный дефект неправильных очертаний, с четкими границами, размерами 1,0х1,5 см, мясо-красного цвета, с гладким «лакированным» дном. При пальпации элемента в основании определяется твердый инфильтрат. Паховые лимфоузлы увеличены слева до 1 см в диаметре, плотные, не спаянные с окружающими тканями, безболезненные при пальпации.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, обследования вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены М. А. Уфимцевой

Задача 54

Пациент В., 32 лет, при прохождении обследования на донорство выявлены результаты серологического исследования крови: ИФА сумм. к *T. pallidum* положительный, реакция микропреципитации 4+.

Anamnesis morbi: при осмотре дерматовенерологом высыпания не обнаружены. Результаты повторного серологического исследования крови: РМП 4+, титр 1/4, ИФА сумм. к *T. pallidum* положительный, РПГА 4+, титр 1/1280.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. За последние 2 года антибиотики не принимал. За последние 2 года РМП не исследовалась. Женат на гражданке К. в течение 3 лет, последняя половая связь — 2 недели назад, незащищенная. Случайные половые связи категорически отрицает. Детей нет. Работает таксистом.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?

2. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?
3. Какой алгоритм противоэпидемических мероприятий?

Задача 55

Пациент И., 26 лет, обратился к дерматовенерологу с **жалобами** на распространенные высыпания, сопровождающиеся слабым непостоянным зудом, шелушением.

Anamnesis morbi: считает себя больным в течение 10 лет. Впервые высыпания появились на коже разгибательной поверхности коленных суставов. Пациент связывает возникновение с хронической травматизацией (профессионально играет в футбол). Самостоятельно лечился мазью акридерм — кратковременный положительный эффект. Настоящее обострение в течение 1 месяца, связывает с сильным алкоголизмом, после которого впервые отметил распространение высыпаний на кожу волосистой части головы, конечностей, туловища. Самостоятельно не лечился.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Наследственность по кожным болезням отягощена: у отца в анамнезе псориаз.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. кожный процесс распространенный, симметричный. Локализован, преимущественно, на коже туловища, в меньшей степени — в области волосистой части головы, конечностей. Представлен розово-красными папулами до 3 см, с четкими границами, округлых очертаний, а также с выраженными инфильтрированными бляшками неправильных очертаний, с четкими границами, розово-красного цвета, размерами более 20 см в диаметре. На поверхности элементов определяется незначительное шелушение, чешуйки средних размеров, серебристо-белого цвета, легко отходящие от поверхности бляшек.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено Е. С. Мыльниковой

Задача 56

Пациентка С., 38 лет, обратилась к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на распространенные высыпания, особенно беспокоящие на губах, в полости рта, сопровождающиеся сильной болью и умеренным зудом. Питание, разговор затруднены.

Anamnesis morbi: считает себя больной в течение 10 дней, когда заметила появление «пузырей» на коже кистей. Появление высыпаний ни с чем не связывает, однако отмечает, что 2 недели назад принимала нимесулид от болей в коленях вследствие тренировок в тренажерном зале. Самостоятельно лечилась ацикловиром 800 мг 4 раза в день, 7 дней — без эффекта. Отмечает распространение высыпаний на слизистую оболочку полости рта, кожу красной каймы губ. За сутки до обращения к дерматовенерологу отметила повышение температуры тела до 37,2 С, самостоятельно принимала аспирин по 1 таблетке 2 раза в день, 1 день — с положительным эффектом.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже ладоней, фаланг пальцев расположены мишеневидные очаги с четкими границами, розовато-синюшного цвета, размерами до 3 см в диаметре. В центре очагов

находятся плоские пузыри размерами от 1 до 2 см в диаметре, с плотной покрывкой, прозрачным содержимым. На красной кайме губ, слизистой оболочке полости рта присутствуют эрозии, желтые корочки.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены Е. С. Мыльниковой

Задача 57

Пациент П., 63 лет, обратился к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на высыпания на коже затылка, левого плеча, сопровождающиеся выраженным жжением, болью, выраженную слабость, головную боль, температуру до 38 С.

Anamnesis morbi: считает себя больным в течение 3 дней, когда впервые появились пузырьковые высыпания в области левого плеча, затылочной области. До появления высыпаний отмечал ощущение «ползания мурашек», жжения, «стреляющих болей по ходу нерва», повышение температуры до 38 С. Подобное состояние впервые, связывает с переохлаждением. Самостоятельно использовал наружно раствор фукоцин, парацетамол 500 мг внутрь однократно — без эффекта.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже в области затылка, левого плеча на фоне ярко выраженной эритемы и отечности располагаются тесно сгруппированные мелкие пузырьки с серозным содержимым, размерами до 0,3–0,5 см с тенденцией к слиянию. Образовавшиеся очаги с фестончатыми очертаниями, множественными желтыми корочками, эрозиями.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, обследования вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено К. И. Николаевой

Задача 58

Пациент Г., 24 лет, обратился к врачу-дерматовенерологу кожно-венерологического диспансера с **жалобами** на распространенные высыпания, сопровождающиеся слабым непостоянным зудом, шелушением.

Anamnesis morbi: считает себя больным в течение 1 месяца. Высыпания на коже туловища, конечностей появились после перенесенной ангины. Самостоятельно использовал мазь акридерм, бепантен — с незначительным положительным эффектом. Подобное состояние впервые.

Anamnesis vitae: наследственность по кожным заболеваниям не отягощена. Соматическая патология: ГЭРБ вне обострения, хронический поверхностный гастрит. Лекарственных препаратов на постоянной основе не принимает. Работает фармацевтом.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс распространенный, симметричный, локализован на коже лица, волосистой части головы, туловища, конечностей. Представлен множественными мелкими папулами от 0,3 до 1,5 см в диаметре с тенденцией к слиянию с образованием бляшек до 5 см в диаметре в области лица и волосистой части головы, верхней трети спины, живота. Элементы красного цвета, с четкими границами, округлых очертаний, покрытые небольшим количеством чешуек желтоватого цвета, легко отходящих от поверхности элементов.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены К. И. Николаевой

Задача 59

Пациент В., 33 лет, обратился с **жалобами** на распространенные высыпания, сопровождающиеся слабым непостоянным зудом, шелушением. Из соматических жалоб отмечает припухлость и боль суставов большого пальца левой кисти, ограничение подвижности.

Anamnesis morbi: считает себя больным в течение 10 лет. Впервые высыпания появились на коже разгибательных поверхностей локтевых суставов. Обращался к дерматовенерологу, выставлен диагноз «псориаз». В течение жизни получал лечение топическими глюкокортикостероидами, эмолиентами, дезинтоксикационную терапию (реамерин, глюконат кальция) — с временным положительным эффектом. Обострения 2–3 раза в день, преимущественно в осенне-зимний период, последние 2 года не отмечает ремиссий.

Последний год заметил припухлость и боль в суставах большого пальца левой кисти.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс распространенный, симметричный, локализован преимущественно на коже туловища и нижних конечностей, на коже верхних конечностей — в меньшей степени. Представлен крупными бляшками неправильных очертаний, с четкими границами, более 10 см в диаметре, умеренно инфильтрированных, покрытых большим количеством серебристо-белым чешуек, легко отходящих от поверхности элементов. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп изменены: определяется положительный симптом наперстка, симптом масляного пятна, подногтевой гиперкератоз. Большой палец левой кисти припухлый, с «сосискообразной» деформацией, отмечается плотный отек, болевое ограничение при сгибании. Кожа над суставами цианотичная.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено И. Ф. Вишневской

Задача 60

Пациентка Л., 9 лет, родители обратилась к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на сухость кожи ребенка.

Anamnesis morbi: сухость кожи и симметричное шелушение кожи с 3 месяцев. Со слов матери у отца ребенка также наблюдается выраженная сухость кожи, у бабушки (по материнской линии) бронхиальная астма.

Anamnesis vitae: родилась от первой беременности, срочных родов.

Status specialis: кожа бледная, очень сухая. На коже разгибательных конечностей, коже передней брюшной стенки выраженное мелкопластинчатое шелушение (более выраженное на коже нижних конечностей). На голенях чешуйки толстые, полигональной формы, плотно прикрепленные. На коже разгибательных поверхностей плечей, бедер, ягодиц множественные розовые фолликулярные папулы. Кожа ладоней и подошв с повышенной складчатостью. Придатки кожи не изменены.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?

2. Какой тип наследования?

3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено Е. С. Мыльниковой

Задача 61

Пациентка М., 14 лет, мать обратилась на прием к детскому дерматовенерологу с **жалобами** на высыпания в области лица у подростка.

Anamnesis morbi: данные высыпания впервые появились 6 месяцев назад. Самостоятельно не лечилась.

Anamnesis vitae: родилась от 2 беременности, срочных родов. Наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже лица узелковые высыпания розового цвета величиной до мелкой горошины и единичные пустулы. Кожа лица жирная, волосы на волосистой части головы жирнятся у корней, слипаются.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?

2. Каков дифференциальный диагноз?

3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено М. С. Ефимовой

Задача 62

Пациент М., 9 лет, родители обратились к врачу-дерматовенерологу кожно-венерологического диспансера с **жалобами** на кожные высыпания на правой стопе у ребенка.

Anamnesis morbi: мальчик с рождения страдает атопическим дерматитом. Появление высыпаний на коже правой стопы участковым педиатром расценено как очередное обострение атопического дерматита, назначено симптоматическое лечение: антигистаминные препараты (цетиризин), наружно использовать крем «Адвантан». В связи с отрицательным эффектом от проведенной терапии (увеличение площади поражения, усиление окраски) ребенок был направлен на консультацию к детскому дерматовенерологу.

Anamnesis vitae: родился от первой беременности, первых родов, в срок. Наследственность по кожным и аллергическим болезням отягощена — у отца в детском возрасте был атопический дерматит.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, пониженной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс ограниченный, симметричный. На коже 3–4, 4–5 межпальцевых промежутков правой стопы очаги ярко-выраженной гиперемии, мацерация рогового слоя, поверхностные трещины, крупнопластинчатое шелушение.

Результаты исследований: микроскопическое исследование соскоба с очагов поражения — обнаружены нити мицелия. При культуральном исследовании рост *Tr. rubrum*.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено М. С. Ефимовой

Задача 63

Пациентка А., 1 год 1 месяц, мать обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу кожно-венерологического диспансера с **жалобами** на высыпания на коже в паховой области у ребенка.

Anamnesis morbi: высыпания у ребенка появились 2 недели назад, связывают с ношением памперса. Самолечение: мазь де-пантенол 5 %, цинковая паста с отрицательной динамикой по кожному процессу: отметили увеличение высыпаний по площади, усиление окраски. Девочка беспокойна, плачет, негативно реагирует на осмотр.

Anamnesis vitae: родилась от 2 беременности, 2 родов, в срок. Развитие ребенка соответствует возрасту.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс ограниченный, симметричный, располагается в области пахово-бедренных складок, перианальной области. Нижняя часть передней брюшной стенки представлена четко-очерченной эритемой, состоящей из сливных крас-

ных пятен. По периферии очагов наблюдается венчик отслаивающегося эпидермиса. За пределами эритематозных очагов наблюдаются воспалительные папулы.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено М. С. Ефимовой

Задача 64

Пациентка А., 6 лет, мать обратилась к врачу-дерматовенерологу (направил участковый педиатр) с **жалобами** на появление очага обломанных волос на голове.

Anamnesis morbi: впервые мать ребенка заметила очаг около недели назад, появление возможно вследствие контакта с бродячей кошкой во дворе. За медицинской помощью не обращались, лечение не получали.

Anamnesis vitae: родилась от первой беременности, первых родов, в срок. Развитие ребенка соответствует возрасту.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. При осмотре на волосистой части головы в области макушки определяется очаг диаметром до 3 см, округлой формы, с четкими границами. В очаге обломанные волосы на уровне 4 мм, кожа в очаге шелушится. При люминесцентной диагностике наблюдается изумрудно-зеленое свечение.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести?
3. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?
4. По каким критериям можно определить излечение заболевания?



Изображение подготовлено М. С. Ефимовой

Задача 65

Пациентка Е., 56 лет, обратилась к врачу-дерматовенерологу кожно-венерологического диспансера с **жалобами** на высыпания в области затылка, сопровождающиеся сильным зудом.

Anamnesis morbi: считает себя больной 6 лет. Летом замечает значительное улучшение процесса. Обострение связывает с психологическими травмами, приемом острой пищи. Высыпания возникают преимущественно осенью и ранней весной.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс ограничен, локализован на коже затылка и представлен в виде очага лихенификации с умеренным уплотнением, усилением кожного рисунка, лентикулярными папулами, шелушением и экскорияциями.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено К. Н. Сорокиной

Задача 66

Пациент М., 40 лет, обратился к врачу-дерматовенерологу кожно-венерологического диспансера с **жалобами** на болезненный узел в правой паховой области.

Anamnesis morbi: заболевание возникло внезапно, 6 дней назад, тогда впервые появилась боль в правой паховой области, и мужчина заметил уплотнение в виде узла. Самостоятельно не лечился.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. В правой паховой области на внутренней поверхности бедра определяется воспалительный узел величиной 2х2 см, в центральной части которого имеется пустула. Кожа над узлом отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено К. Н. Сорокиной

Задача 67

Пациент А., 10 лет, мать обратилась на амбулаторный прием к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на высыпания на коже лица у ребенка.

Ana

mnesis morbi: высыпания на коже появились 2 недели назад. Самостоятельно лечились хлоргексидином, перекисью водорода.

Anamnesis vitae: аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность по кожным заболеваниям не отягощена.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс ограничен, локализован на коже лица преимущественно под носом и представлен пузырьками с серозным содержимым на нормальном или слегка покрасневшем основании.

Результаты исследований: в серозном содержимом обнаружены стрептококки, при посеве — культура гемолитического стрептококка.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено К. Н. Сорокиной

Задача 68

Пациент Б., 42 г., обратился к врачу-дерматовенерологу с жалобами на высыпания.

Anamnesis morbi: считает себя больным в течение 10 лет. Высыпания постоянные, локализуются на локтях, коленях. В зимнее время высыпания распространяются на кожу туловища и нижних конечностей. Последнее обострение 2 недели назад.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже туловища и конечностей обильное количество папул и бляшек ярко-розового цвета, округлых и фестончатых очертаний с четкими границами. Папулы и бляшки покрыты серебристо-белыми чешуйками в центре, по периферии тонкий венчик розового цвета, не покрытый шелушением.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено Е. С. Мыльниковой

Задача 69

Пациент П., 14 лет, обратился на прием к врачу-дерматовенерологу с **жалобами** на умеренный зуд и высыпания, которые самостоятельно проходят в летнее время.

Anamnesis morbi: первые высыпания появились 2 года назад зимой. Последнее обострение также наступило в зимнее время года, но стало более распространенным, с поражением ногтевых пластинок.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергоанамнез спокоен.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. При объективном осмотре на туловище, верхних и нижних конечностях (больше на разгибательных поверхностях) видны многочисленные мелкие папулы размером до булавочной головки, а на коленях и локтях крупные бляшки с фестончатыми очертаниями. Сыпь ярко-розового цвета, обильно покрыта серебристо-белыми чешуйками. В местах расчесов видны мелкие папулы с центральным шелушением, располагающиеся вдоль экскориаций.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены Е. С. Мыльниковой

Задача 70

Пациент М., 40 лет, обратился к врачу-дерматовенерологу с жалобами на высыпания.

Anamnesis morbi: страдает кожным заболеванием в течение 25 лет. Высыпания распространенные, по всему кожному покрову, с преимущественной локализацией на коже локтевых и коленных суставов, поясницы и волосистой части головы. В последние 3 года стали беспокоить боли в мелких суставах.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергоанамнез спокоен.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Существуют Мономорфные папулезные высыпания ярко-розового цвета величиной от чечевицы до крупной монеты, округлой формы с четкими границами, обильно покрытые белесоватыми чешуйками. На коже локтевых и коленных суставов папулы слились с образованием крупных бляшек. Суставы на стопах и кистях слегка деформированы, отечны, кожа над ними гиперемирована.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?

2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения, рекомендации вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены Е. С. Мыльниковой

Задача 71

Пациентка Н., 35 лет, обратилась к врачу-дерматовенерологу поликлиники с **жалобами** на появление высыпаний на коже туловища и конечностей, сопровождающихся зудом.

Anamnesis morbi: считает себя больной в течение 1 месяца, тогда начали появляться высыпания на коже предплечий и жжение в полости рта. Самостоятельно не лечилась.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. На коже туловища, предплечий, голеней имеется большое количество папул величиной от просыаного зерна до чечевицы, темно-красного цвета с синюшным оттенком, полигональной формы, с блестящей поверхностью, в центре пупковидное вдавление. На слизистой щек в виде нежного кружева узелки беловатого цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображения подготовлены К. И. Николаевой

Задача 72

Вызов терапевта участкового на дом.

Пациентка Е., 37 лет, **жалуется** на слабость, головную боль, повышение температуры тела до 38,5 °С, высыпания на теле.

Anamnesis morbi: заболела внезапно накануне вечером, когда появились боли в животе, из-за которых пациентка приняла внутрь раствор новокаина.

Anamnesis vitae: наличие хронических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Status specialis: кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, придатки кожи не изменены. Кожный процесс распространенный, симметричный, на коже туловища, шеи, верхних и нижних конечностей представлены мономорфные высыпания в виде эритемы

и волдырей диаметром до 5 см, с четкими границами, с тенденцией к сли-
янию. Высыпания имеют округлые и неправильные очертания, бледно-
розового цвета, сопровождаются зудом.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков дифференциальный диагноз?
3. Какую тактику лечения вы предложите пациенту?



Изображение подготовлено К. Н. Сорокиной

Ответы

Ответ на клиническую задачу 1

С учетом жалоб, анамнеза, представленного описания кожного процесса наиболее вероятный диагноз — «аллергический контактный дерматит». Данное заболевание, предположительно, возникло в результате тесного и продолжительного контакта с текстилем новых кроссовок.

Дифференциальный диагноз проводится с простым контактным дерматитом, экземой, дерматомикозами.

Лечение

1. Не использовать новые кроссовки. При ношении обуви надевать хлопчатобумажные носки.

2. Ограничить раздражение кожи в тыльной области стоп (не использовать мочалку при мытье, не расчесывать кожу, деликатный уход).

3. В качестве системной терапии принять антигистаминные препараты курсом (например, цетиризин по 0,01 г 1 раз в день вечером в течение 7–10 дней).

4. В качестве местного лечения принять топические глюкокортикостероиды в форме крема курсом (например, крем бетаметазона дипропионат 0,05% наносить тонким слоем на пораженную область утром и вечером 7 дней, затем 3 дня 1 раз в день, затем несколько дней через день).

5. Прийти на повторный прием через 7 дней от начала лечения.

Рекомендации: режимные мероприятия (исключение причинной обуви) и местное лечение являются приоритетными.

Ответ на клиническую задачу 2

На основании представленных данных вероятные диагнозы — «вульгарный псориаз с поражением волосистой части головы и ногтевых пластинок, псориафитическая артропатия».

В клинической картине описаны характерные для псориаза клинические проявления — «псориафитическая корона», серебристо-белые и обильные чешуйки, хроническое течение, сезонность (для псориаза характерно улучшение в летний период года), наследственная отягощенность (из условия задачи можно предположить наличие псориаза у матери), поражение ногтевых пластинок и суставов.

Дифференциальный диагноз проводится с себорейным дерматитом, экземой, грибковыми поражениями кожи ВЧГ, асбестовидным лишаем. Изменение ногтевых пластинок при псориазе связывают с грибковым поражением.

Лечение

1. Проконсультироваться с врачом-ревматологом.
2. Назначить диету с достаточным содержанием белка, исключить жирное, острое, жареное (стол 15).
3. Исключить травматизацию кожи головы, интенсивное мытье и отшелушивание. Для мытья головы использовать шампуни с цинком пиритионом, мытье осуществлять массирующими движениями.
4. В качестве местного лечения применить топические глюкокортикостероиды и салициловую кислоту в виде лосьонов, шампуней и кремов 2 раза в день в течение 14–21 дней с постепенной отменой. Также эффективны препараты пиритиона цинка (аэрозоль, шампунь, лосьон, крем). На ногтевые пластинки кистей, стоп и другие пораженные участки кожи рекомендуется наносить топические глюкокортикостероиды в виде кремов или мази 2 раза в день до 1 месяца.
5. Использовать шампунь с глюкокортикостероидом высокой степени активности (клобетазол пропионата 0,05%) с ежедневным нанесением на сухую кожу волосистой части головы при экспозиции 15 минут и последующим споласкиванием 2 раза в неделю.

Рекомендации: включить физиотерапию в виде локального узкополосного средневолнового ультрафиолетового облучения (УФ-расческа), а также санаторно-курортное лечение. Следует проводить своевременное лечение соматических заболеваний, на фоне которых может произой-

ти прогрессирование псориаза (вирусные и бактериальные заболевания, заболевания нервной системы, сахарный диабет, болезни пищеварительного тракта, дыхательной системы и др.).

Ответ на клиническую задачу 3

С учетом жалоб, анамнеза, описания кожного процесса, наиболее вероятный диагноз — «контактный дерматит», предположительно возник в результате фотохимического ожога соком борщевика Сосновского в условиях повышенной инсоляции. При обширном поражении кожи в первые часы после контакта с растением, кроме местных проявлений, развивается резкое ухудшение общего состояния (в частности, высокая лихорадка, головная боль, слабость, в тяжелом случае — коллапсы, иногда требующее интенсивной терапии).

Рекомендуется проводить дифференциальную диагностику контактного дерматита с рядом заболеваний кожи, которые могут иметь сходную клиническую картину. Среди них состояния, при которых кожный патологический процесс является основным проявлением заболевания (атопический дерматит, дерматофитии, псориаз, себорейный дерматит, чесотка, красный плоский лишай и др.) и ряд системных заболеваний (энтеропатический акродерматит, поздняя кожная порфирия, фенилкетонурия и др.).

Лечение

1. Лечь в стационар терапевтического или дерматовенерологического профиля, по причине большой площади поражения кожи, нарушения общего состояния, требующего системной медикаментозной терапии.

2. Соблюдать постельный режим и гипоаллергенную диету.

3. В качестве системной терапии использовать глюкокортикостероидные препараты: преднизолон 0,5–1,0 мг на кг массы тела (не менее 30–35 мг в сутки в пересчете на преднизолон) перорально в течение 3–5 дней, с последующим снижением дозы препарата до полной отмены или назначение глюкокортикостероидных препаратов парентерально (преднизолон, метилпреднизолон, дексаметазон) 60–120 мг в пересчете на преднизолон). Такие препараты необходимы, так как площадь поражения превышает 20 % кожного покрова.

4. В качестве антигистаминной терапии принять цетиризин перорально в таблетках по 0,01 г 1 раз в сутки в течение 7–10 дней.

5. Для наружной терапии рекомендуется туширование эрозий анилиновыми красителями (например, водный раствор метиленового синего).

Топические ГКС — например, бетаметазона дипропионат, спрей, с последующим переходом на лекарственную форму крем, 0,05% 1–2 раза в сутки наружно на пораженные участки кожи 1–2 раза в сутки в течение 2 недель, с постепенной отменой путем снижения количества и кратности применения.

Профилактика: исключить контакт с растением, вызвавшим контактный дерматит (в данном случае, с борщевиком).

Ответ на клиническую задачу 4

Наиболее вероятный диагноз — «эритематозно-буллезная рожа» лица. Устанавливается на основании острого начала заболевания с интоксикационным синдромом, опередившим на сутки появление типичного эритематозно-буллезного очага в области ушной раковины с распространением на кожу лица в околоушной области.

Предрасполагающими факторами и входными воротами при данной локализации очага могли послужить травматизация и инфицирование ранки мочки уха.

Рекомендуется микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого высыпных элементов кожи на чувствительность к антибактериальным препаратам.

Лечение

1. Рекомендуется исключить мытье на время лечения.
2. В случае острого воспалительного процесса, сопровождающегося эритемой, отеком, зудом, назначить наружно одного из следующих глюкокортикостероидных препаратов, комбинированных с антибактериальными препаратами: бетаметазона дипропионат + гентамицина сульфат в виде крема наносить на область высыпаний 2 раза в сутки в течение 7–14 дней.
3. При наличии общих явлений (лихорадка, недомогание) и регионарных осложнений (лимфаденит, лимфангит), локализации глубоких пиодермий на лице назначить 1 из следующих антибактериальных препаратов системного действия:

- амоксициллин + клавулановая кислота перорально по 1 таблетке (250+125 мг) 3 раза в сутки или по 1 таблетке (500+125 мг) 2 раза в сутки. Курс лечения 7–10 дней;

- цефалексин перорально 250–500 мг 4 раза в сутки. Курс лечения 7–14 дней;
- кларитромицин перорально 500–1000 мг в сутки. Кратность приема 2 раза в сутки. Курс лечения — 7–10 дней;
- ципрофлоксацин 250–500 мг 2 раза в сутки перорально в течение 5–15 дней.

Рекомендации: первичная профилактика рожистого воспаления состоит в своевременной антисептической обработке микротравм, трещин, поверхностей ран. Следует проводить лечение выявленных общих заболеваний, на фоне которых могут развиваться гнойничковые поражения кожи (сахарный диабет, болезни пищеварительного тракта, дыхательной системы и др.).

Вторичная профилактика пиодермий включает периодические медицинские осмотры, при необходимости проведение противорецидивной терапии (общие УФ-облучения, уход за кожей, санация фокальной инфекции).

Ответ на клиническую задачу 5

С учетом анамнестических данных, клинической картины, данных лабораторных методов исследования предположительный диагноз — «неосложненная форма гонококковой инфекции нижних отделов мочеполовых органов (торпидный передний уретрит)». При торпидном переднем уретрите субъективные ощущения и клинические проявления выражены слабо или отсутствуют, в данном случае губки уретры не гиперемизованы, выделения скудные, слизисто-гнойные, появляются после легкого массажа уретры, нет болезненности и жжения при мочеиспускании и других симптомов. Двухстаканная проба подтверждает предположение о поражении нижних отделов уретры.

В отсутствие выраженной клиники, микроскопического исследования уrogenитального мазка недостаточно для установления диагноза гонореи, поэтому используется высокочувствительный метод полимеразной цепной реакции. Возможно использование бактериологического метода исследования.

Для высокой информативности микроскопии важно получение клинического материала из уретры не ранее, чем через 3 часа после последнего мочеиспускания.

Гонококковая инфекция является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). У взрослых лиц инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонококковой инфекцией. У детей: перинатальный путь инфицирования, половой контакт, контактно-бытовой путь (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми).

Для установления диагноза проводятся следующие лабораторные исследования:

- Микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1 % раствором метиленового синего и по Граму. Метод обладает высокой чувствительностью (90–100 %) и специфичностью (90–100 %) при исследовании уретрального отделяемого у мужчин с выраженными клиническими проявлениями гонококковой инфекции (острый гонорейный уретрит). Характеризуется низкой чувствительностью (45–64 %) при исследовании цервикальных, фарингеальных и ректальных проб, а также при малосимптомной и асимптомной инфекции.
- Бактериологическое исследование с использованием селективных питательных сред и определением ферментативных свойств *N. gonorrhoeae* (оксидазный тест и тесты ферментации сахаров) и с определением чувствительности гонококков к антибиотикам.
- Молекулярно-биологические методы исследования, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *N. gonorrhoeae*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.

Лечение

1. Обязательно одновременно отправить на лечение половых партнеров.

2. Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта без осложнений провести цефтриаксоном 0,5 г внутримышечно однократно или цефиксимом 0,4 г перорально однократно.

Рекомендации: предупредить инфицирование (санпросвет работа, пропаганда семейных ценностей в обществе, избегание незащищенных половых контактов, использовать барьерные средства контрацепции и т. д.), выявить и отправить на своевременное лечение половых партне-

ров больных лиц, профилактика гонореи глаз у новорожденных осуществлять двукратным закапыванием в них 30 % раствора сульфацила натрия, девочкам одновременно таким же раствором обработать половые органы. Дети для предупреждения у них гонореи должны иметь отдельную постель и индивидуальные предметы ухода (губку, полотенце, ночной горшок и т. д.).

Ответ на клиническую задачу 6

С учетом жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «буллезный пемфигоид Левера (БП), тяжелой степени тяжести». БП — редкий приобретенный аутоиммунный субэпидермальный пузырьный дерматоз, характеризующийся отложением аутоантител вдоль базальной мембраны.

Дифференциальную диагностику проводят с акантолитической пузырчаткой, герпетиформным дерматитом Дюринга, многоформной эксудативной эритемой, буллезной формой токсидермии, приобретенным буллезным эпидермолизом.

Необходимо провести обследование в следующем объеме: определение HbsAg вируса гепатита В в крови; определение антител к вирусу гепатита С в крови; определение антител к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови; определение антител к бледной трепонеме в крови; общий (клинический) анализ крови развернутый; анализ крови биохимический общетерапевтический; общий (клинический) анализ мочи; цитологическое исследование содержимого пузыря (определение наличия или отсутствия клеток Тцанка, эозинофилии пузырной жидкости); гистологическое исследование биопсийного материала; иммунофлюоресцентное исследование (реакция прямой и непрямой иммунофлюоресценции).

Лечение

1. Назначить системные глюкокортикостероиды. Доза подбирается индивидуально, в зависимости от стадии процесса. Средняя дозировка преднизолона составляет 0,5–0,75 мг на кг массы тела перорально. Постепенное снижение дозы системного кортикостероида начинают через 15 дней после достижения клинического эффекта терапии — прекращение появления новых высыпания и зуда, начала эпителизации эрозий и продолжают в течение 4–6 месяцев до поддерживающей дозы 0,1 мг/кг/сутки.

Если пациент находится в состоянии клинической ремиссии в течение 3–6 месяцев, лечение можно прекратить.

2. При необходимости уменьшить дозу преднизолона, назначить иммуносупрессоры (азатиоприн 2 мг на кг массы тела в течение 3–4 недель, метотрексат 5–15 мг в неделю).

3. Наружно назначить топические глюкокортикостероиды (клобетазол дипропионат, бетаметазон и др).

Рекомендации: с целью профилактики осложнений системных ГКС в симптоматическую терапию необходимо включить препараты калия, кальция, антацидные и противоязвенные препараты.

Ответ на клиническую задачу 7

С учетом жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «липоидный некробиоз».

Дифференциальная диагностика проводится с кольцевидной гранулемой, ксантоматозом, саркоидозом, склеродермией.

Необходимо обследование в следующем объеме: определение HbsAg вируса гепатита В в крови; определение антител к вирусу гепатита С в крови; определение антител к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови; определение антител к бледной трепонеме в крови; общий (клинический) анализ крови развернутый; анализ крови биохимический общетерапевтический (с определением уровня глюкозы); общий (клинический) анализ мочи; гистологическое исследование препарата кожи; консультация эндокринолога.

Лечение

1. Назначить препараты, улучшающие микроциркуляцию крови (пентоксифиллин, никотиновая кислота), аскорбиновую кислоту с рутозидом, альфа-токоферола ацетат.

2. Назначить физиолечение, которое включает в себя ультрафонофорез с глюкокортикостероидными средствами или гепарином, гипербарическую оксигенацию и лазеротерапию.

3. В качестве наружной терапии использовать глюкокортикостероидные препараты (бетаметазон, мометазона фуорат, метилпреднизолона ацепонат).

Ответ на клиническую задачу 8

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «акантолитическая пузырчатка (АП)». АП представляет собой аутоиммунный дерматоз, характеризующийся прогрессирующим течением, образованием интрадермальных пузырей и полостей, возникающих в результате акантолиза и проявляющийся длительно незаживающими эрозиями, склонными к периферическому росту.

При данном заболевании встречаются следующие клинические симптомы:

1. Прямой симптом Никольского — при интенсивном, скользящем, трущем движении около пузыря, в зоне видимо неповрежденной кожи, отмечается легкая отслойка эпидермиса.

2. Косвенный симптом Никольского — легкое отторжение эпидермиса при потягивании за покрывку пузыря за пределы видимой эрозии более чем на 0,5 см.

3. Симптом Шеклова (симптом «груши») — пузырь принимает очертание груши при скоплении экссудата в нижней части пузыря.

4. Симптом Асбо-Хансена — расползание пузыря при надавливании на его покрывку.

Необходимо проведение обследования в следующем объеме: цитологическое исследование с целью обнаружения клеток Тцанка, гистологическое исследование биоптата кожи, проведение прямой реакции иммунофлюоресценции, непрямой иммунофлюоресценции, ИФА для обнаружения циркулирующих аутоантител. Также определяют HbsAg вируса гепатита В в крови; антитела к вирусу гепатита С в крови; антитела к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови; антитела к бледной трепонеме в крови; общий развернутый (клинический) анализ кров; анализ крови биохимический общетерапевтический; общий (клинический) анализ мочи, плотность костной ткани в соответствии с клиническими рекомендациями по диагностике, профилактике и лечению остеопороза, рентгенографию органов грудной клетки, ультразвуковое исследование внутренних органов.

Лечение

1. На первом этапе провести терапию максимальными дозами системных ГКС (80–100 мг в сутки, но не менее 1 мг на кг массы тела больного) в течение 3 недель, реже — 4 и более недель. Пероральный прием высоких

доз ГКС можно частично заменить его парентеральным введением или введением пролонгированных форм препарата (не чаще 1 раза в 7–10 дней).

2. Для повышения эффективности терапии ГКС и уменьшения их курсовой дозы назначить метотрексат 20 мг 1 раз в неделю внутримышечно.

3. В качестве симптоматической терапии использовать анаболические гормоны, антацидные и противоязвенные средства, препараты калия и магния, препараты кальция, ацетилсалициловую кислоту, витамины группы В, фолиевую кислоту.

4. В качестве наружной терапии обрабатывать высыпания антисептическими растворами, анилиновыми красителями, топическими ГКС, эпителизирующими средствами.

Ответ на клиническую задачу 9

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «отрубевидный лишай».

Для постановки диагноза можно воспользоваться скрининговым исследованием, для которого применима люминесцентная диагностика. В лучах лампы Вуда обнаруживается желто-бурое свечение в очагах. Также для постановки диагноза необходима микроскопическая диагностика с помощью метода КОН (10–20 % КОН) кожных чешуек, при ее проведении обнаруживаются короткие нити мицелия и скопление спор в виде гроздьев винограда.

Лечение включает наружную терапию: обработать очаги заболевания наружными противогрибковыми препаратами, содержащими тербинафин, клотримзол, нафтифин.

Рекомендации: в качестве мер профилактики необходимо уменьшить потоотделение, выявить и начать лечить сопутствующие соматические заболевания, эндокринопатии, продезинфицировать нательное постельное белье (стирка, проглаживание утюгом).

Ответ на клиническую задачу 10

Участковым врачом педиатром допущена ошибка несвоевременной маршрутизации пациента с заразным грибковым заболеванием к профильному специалисту.

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «микоз волосистой части головы (инфильтративно-нагноительная форма)».

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с такими бактериальными инфекциями, как подрывающий фолликулит волосистой части головы, абсцессы волосистой части головы.

Для подтверждения диагноза необходима микроскопическая диагностика, при проведении которой обнаружены нити мицелия, волос — поражение волоса по типу *ectothrix*. Также необходимо культуральное исследование волос и чешуек из очага с целью определения типа возбудителя.

Лечение

1. Лечение инфильтративно-нагноительных форм микоза волосистой части головы необходимо провести системными антимикотиками (гризеофульвин 21–22 мг/кг), разделенными на 3 приема с жирной пищей в ежедневном режиме до первого отрицательного соскоба, затем через день при получении второго отрицательного результата микроскопии и 2 раза в неделю при третьем отрицательном результате соскоба.

2. В качестве наружного лечения на первом этапе воспользоваться ихтиоловой мазью, при стихании процесса нагноения, инфильтрации — наружными противогрибковыми препаратами, содержащими тербинафин, сертоконазол, изоконазол.

Ответ на клиническую задачу 11

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «микоз стоп. Онихомикоз первого пальца левой стопы».

Для уточнения диагноза необходимы следующие методы диагностики:

1. Микроскопическое исследование в виде соскоба подногтевых масс с пораженной ногтевой пластинки и кожных чешуек с кожи стоп на обнаружение нитей мицелия

2. Культуральное исследование для определения вида гриба.

Лечение

1. При подтверждении диагноза воспользоваться системными антимикотическими средствами (тербинафин, итраконазол) в связи с поражением ростковой зоны ногтя.

2. Пройти терапию местными противогрибковыми препаратами (раствор нафтифина, лак амолорфина, лак циклопирокс)

3. Продезинфицировать белье (стирка, проглаживание утюгом), обувь (ультрафиолетовая сушка «Тимсон»).

Ответ на клиническую задачу 12

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «вульгарный ихтиоз». Вульгарный ихтиоз — это генодерматоз с аутосомно-доминантным типом наследования.

Клиническая картина включает 3 признака: шелушение, фолликулярный гиперкератоз, огрубение и повышенная складчатость кожи ладоней и подошв.

Лечение

1. Использовать эмоленты в виде крема или бальзама около 3–8 раз в день.
2. Купаться с мягкими очищающими средствами (синдэтами) с добавлением в воду смягчающих масел для ванн.
3. Пропить курсы витамина Е и А с расчетом дозировки в соответствии с массой тела и возраста.
4. Применить водные растворы антисептиков на эрозии и трещины.
5. Применить противогрибковые крема и антибактериальные препараты при инфицировании.

Ответ на клиническую задачу 13

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «сухая себорея. Акне, папуло-пустулезная форма, легкой степени».

Акне — это хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми и закрытыми комедонами и воспалительными изменениями в виде папул, пустул, узлов. Этиология заболевания — гиперпродукция кожного сала, фолликулярный гиперкератоз, воспаление, размножение *C. acnes*.

Сухая себорея — это заболевание волосистой части головы, обусловленное изменением состава кожного сала.

Клинические разновидности акне: комедональные, папуло-пустулезные, узловые, конглобатные.

Лечение

1. Для лечения себореи использовать шампуни с пиритионом цинка 3 раза в неделю в течение 1–2 месяцев, после достижения клиническо-

го результата 1 раз в неделю в течение 2–3 месяцев для профилактики рецидива.

2. В качестве наружной терапии для лечения акне назначить топические ретиноиды (адапален в виде геля), препараты, обладающие антимикробным и противовоспалительным действием (бензил пероксид, азелаиновая кислота) с минимальным курсом применения (3 месяца).

3. При любых формах акне рекомендуется назначать уход за кожей, включающий очищающие средства, лосьоны для сужения пор, увлажняющие и восстанавливающие крема для коррекции сухости кожи на фоне применения лечебных средств против акне. Продукцию можно найти в разделе дерматокосметики для проблемной и жирной кожи.

Ответ на клиническую задачу 14

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных, предположительный диагноз — «нитевидная бородавка».

Тактика лечения включает удаление элемента — проведение криодеструкции.

После криодеструкции пациенту рекомендуют не подвергать элемент воздействию воды в течение 1 суток, обрабатывать элемент водным раствором хлоргексидина 0,05 % ежедневно 3–5 дней, не посещать бани, сауны, бассейн, солярий в течение 14 дней.

Ответ на клиническую задачу 15

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «множественные меланоцитарные невусы кожи. Синдром диспластических невусов».

Лечение

1. Пройти диспансерное наблюдение у врача-дерматовенеролога с проведением дерматоскопии всех новообразований кожи, фотофиксацией невусов. Периодичность — 1 раз в год.

2. Осмотреть кожу на изменение цвета, размера, очертаний, появление зуда, боли, дискомфорта, кровоточивости, длительно незаживающих язв, появление новых отличающихся образований. Периодичность — 1 раз в месяц.

Рекомендации: исключить воздействие прямых УФ-лучей, особенно с 10:00 до 16:00. Использовать шляпы, солнцезащитные очки. Наносить

на все открытые участки кожи солнцезащитный крем SPF 50+ за 20–30 минут до выхода на улицу, обновлять с периодичностью в 1,5–2 часа, а также после каждого купания.

Ответ на клиническую задачу 16

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «врожденный гигантский невус кожи туловища, конечностей».

Пациенту показано диспансерное наблюдение участкового педиатра в поликлинике по месту жительства, диспансерное наблюдение врача-дерматовенеролога, диспансерное наблюдение врача-невролога, диспансерное наблюдение врача-онколога. Вакцинация по индивидуальному графику.

Пациенту рекомендовано обследование в следующем объеме:

1. Контроль общего анализа крови и общего анализа мочи по показаниям.
2. Наблюдение невропатолога, НСГ в динамике.
3. МРТ головного мозга с сосудистым усилением и внутренних органов.
4. Консультация онколога (после МРТ).
5. Контроль УЗИ внутренних органов и забрюшинного пространства по плану профосмотра до 1 года.
6. Контроль УЗИ тимуса через 1 месяц.
7. Консультация кардиолога, ЭхоКГ, ЭКГ по плану профосмотра до 1 года.
8. Проведение аудиотеста по месту жительства.
9. Консультация офтальмолога по плану профосмотра до 1 года.
10. Консультация хирурга, ортопеда по месту жительства по плану профосмотра до 1 года.

Ответ на клиническую задачу 17

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «базальноклеточный рак кожи, первично-множественные опухоли».

Пациенту требуется проведение консультации врача-онколога для проведения эксцизионной биопсии с последующим морфологическим исследованием.

Лечение

1. Пройти диспансерное наблюдение у врача-дерматовенеролога с проведением дерматоскопии всех новообразований кожи, фотофиксацией невусов. Периодичность — 1 раз в 6–12 месяцев.

2. Осмотреть кожу на изменение цвета, размера, очертаний, появление зуда, боли, дискомфорта, кровоточивости, длительно незаживающих язв, появление новых отличающихся образований. Периодичность — 1 раз в месяц.

Рекомендации: исключить воздействие прямых УФ-лучей, особенно с 10:00 до 16:00. Использовать шляпы, солнцезащитные очки. Наносить на все открытые участки кожи солнцезащитный крем SPF 50+ за 20–30 минут до выхода на улицу, обновлять с периодичностью в 1,5–2 часа, а также после каждого купания.

Ответ на клиническую задачу 18

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных, предположительный диагноз — «поверхностно распространяющаяся меланома».

Пациенту требуется проведение консультации врача-онколога для проведения полной эксцизионной биопсии с последующим морфологическим исследованием.

Лечение

1. Пройти диспансерное наблюдение у врача-дерматовенеролога с проведением дерматоскопии всех новообразований кожи, фотофиксацией невусов. Периодичность — 1 раз в 6–12 месяцев.

2. Осмотреть кожу на изменение цвета, размера, очертаний, появление зуда, боли, дискомфорта, кровоточивости, длительно незаживающих язв, появление новых отличающихся образований. Периодичность — 1 раз в месяц.

Рекомендации: исключить воздействие прямых УФ-лучей, особенно с 10:00 до 16:00. Использовать шляпы, солнцезащитные очки. Наносить на все открытые участки кожи солнцезащитный крем SPF 50+ за 20–30 ми-

нут до выхода на улицу, обновлять с периодичностью в 1,5–2 часа, а также после каждого купания.

Ответ на клиническую задачу 19

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «множественные плоские бородавки лица».

Лечение заключается в удалении элемента при проведении:

- электрокоагуляции,
- лазерной деструкции,
- высокочастотной радиоволновой деструкции,
- лазерных аппаратов, реализующие принцип селективного фототермолиза (Nd: YAG-лазер, импульсный лазер на красителе),
- криодеструкции.

После криодеструкции пациенту рекомендуют не подвергать элемент воздействию воды в течение 1 суток, обрабатывать элемент водным раствором хлоргексидина 0,05 % ежедневно 3–5 дней, не посещать бани, сауны, бассейн, солярий в течение 14 дней.

Ответ на клиническую задачу 20

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «подошвенные бородавки».

Лечение заключается в удалении элемента при проведении:

- электрокоагуляции,
- лазерной деструкции,
- высокочастотной радиоволновой деструкции,
- лазерных аппаратов, реализующие принцип селективного фототермолиза (Nd: YAG-лазер, импульсный лазер на красителе),
- криодеструкции.

После удаления пациенту рекомендуют не подвергать элемент воздействию воды в течение 1 суток, обрабатывать элемент водным раствором хлоргексидина 0,05 % ежедневно 3–5 дней, не посещать бани, сауны, бассейн, солярий в течение 14 дней.

Рекомендации: регулярная сушка обуви и стелек, ношение обуви из натуральных материалов, ношение индивидуальной обуви при посещении общественных мест (бани, сауны).

Ответ на клиническую задачу 21

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «поверхностно распространяющаяся меланома».

Пациентке требуется консультация врача-онколога, проведение полной эксцизионной биопсии с последующим морфологическим исследованием.

Лечение

1. Пройти диспансерное наблюдение у врача-дерматовенеролога с проведением дерматоскопии всех новообразований кожи, фотофиксацией невусов. Периодичность — 1 раз в 6–12 месяцев.

2. Осмотреть кожу на изменение цвета, размера, очертаний, появление зуда, боли, дискомфорта, кровоточивости, длительно незаживающих язв, появление новых отличающихся образований. Периодичность — 1 раз в месяц.

Рекомендации: исключить воздействие прямых УФ-лучей, особенно с 10:00 до 16:00. Использовать шляпы, солнцезащитные очки. Наносить на все открытые участки кожи солнцезащитный крем SPF 50+ за 20–30 минут до выхода на улицу, обновлять с периодичностью в 1,5–2 часа, а также после каждого купания.

Ответ на клиническую задачу 22

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «опоясывающий герпес».

Для подтверждения диагноза нужно выявить наличие вируса Varicella-Zoster в материале из очагов поражения на коже и/или слизистых оболочках. Перечень необходимых процедур: молекулярно-биологическое исследование везикулярной жидкости, соскобов с высыпаний на вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая (Varicella-Zoster virus) и/или определение ДНК вируса ветряной оспы и опоясывающего лишая (Varicella-Zoster virus) в везикулярной жидкости, соскобах с высыпаний методом ПЦР.

С учетом наличия болевого синдрома пациентке стоит проконсультироваться с врачом-неврологом.

Лечение

1. Назначить противовирусные препараты перорально: ацикловир по 800 мг 5 раз в сутки в течение 7 дней, фамцикловир по 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней, валацикловир по 1000 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней.

2. С целью предупреждения бактериальной суперинфекции предложить спиртовые 1–2 % растворы анилиновых красителей (метиленовый синий, бриллиантовый зеленый), фукоцин для местного применения.

3. Для купирования болевого синдрома назначить нестероидные противовоспалительные средства (парацетамол, ибупрофен и др.)

Рекомендации: обследоваться на наличие антител к ВИЧ при установлении диагноза опоясывающего герпеса у лица от 18 до 60 лет.

Ответ на клиническую задачу 23

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «вульгарная бородавка нижней губы».

Лечение заключается в удалении элемента при проведении:

- электрокоагуляции,
- лазерной деструкции,
- высокочастотной радиоволновой деструкции,
- лазерных аппаратов, реализующие принцип селективного фототермолиза (Nd: YAG-лазер, импульсный лазер на красителе),
- криодеструкции.

После криодеструкции пациенту рекомендуют не подвергать элемент воздействию воды в течение 1 суток, обрабатывать элемент водным раствором хлоргексидина 0,05 % ежедневно 3–5 дней, не посещать бани, сауны, бассейн, солярий в течение 14 дней.

Ответ на клиническую задачу 24

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «опоясывающий герпес».

Для подтверждения диагноза нужно выявить наличие вируса *Varicella-Zoster* в материале из очагов поражения на коже и/или слизистых обо-

лочках. Перечень необходимых процедур: молекулярно-биологическое исследование везикулярной жидкости, соскобов с высыпаний на вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая (*Varicella-Zoster virus*) и/или определение ДНК вируса ветряной оспы и опоясывающего лишая (*Varicella-Zoster virus*) в везикулярной жидкости, соскобах с высыпаний методом ПЦР.

С учетом наличия болевого синдрома пациенту стоит проконсультироваться с врачом-неврологом. С учетом поражения органа зрения, пациенту требуется консультация врача-офтальмолога.

Лечение

1. Назначить противовирусные препараты перорально: ацикловир по 800 мг 5 раз в сутки в течение 7 дней, фамцикловир по 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней, валацикловир по 1000 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней.

2. С целью предупреждения бактериальной суперинфекции предложить спиртовые 1–2% растворы анилиновых красителей (метиленовый синий, бриллиантовый зеленый), фукорцин для местного применения.

3. Для купирования болевого синдрома назначить нестероидные противовоспалительные средства (парацетамол, ибупрофен и др.)

Рекомендации: обследоваться на наличие антител к ВИЧ при установлении диагноза опоясывающего герпеса у лица от 18 до 60 лет.

Ответ на клиническую задачу 25

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «вульгарная пузырчатка».

Для подтверждения диагноза следует провести следующие лабораторные исследования:

- биопсия кожи для гистологического исследования,
- иммунологические исследования: определение антител к десмоглеину (IgG),
- клинические анализы крови для оценки общего состояния пациента и контроля побочных эффектов лечения.

При дифференциальном диагнозе следует учитывать следующие заболевания: пемфигус вульгарис. дерматит герпетический, эпидермолит буллезный.

Лечение

1. В качестве системной терапии использовать глюкокортикостероиды (преднизолон) для подавления иммунного ответа.
2. Использовать иммунодепрессанты (например, азатиоприн).
3. В качестве локального лечения эрозий и пузырей назначить антисептические средства и мази (водный раствор хлоргексидина 0,05 %, олазоль, фузидовая кислота 2 % крем, линимент стрептоцида и др.)

Рекомендации: регулярное посещение и наблюдение у врача-дерматолога.

Ответ на клиническую задачу 26

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «вульгарные бородавки».

Лечение: удаление образований с помощью криодеструкции.

После удаления пациенту рекомендуют не подвергать элемент воздействию воды в течение 1 суток, обрабатывать элемент водным раствором хлоргексидина 0,05 % ежедневно 3–5 дней, не посещать бани, сауны, бассейн, солярий в течение 14 дней.

Ответ на клиническую задачу 27

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «остроконечные кондиломы».

Дифференциальный диагноз проводят с вторичным сифилисом, контагиозным моллюском, фолликулитом, ангиофибромами.

Необходимо проведение полного осмотра кожных покровов и видимых слизистых оболочек наружных половых органов, крайней плоти полового члена, области промежности, ануса, паховых складок. Оценить состояние слизистой оболочки наружного отверстия уретры (цвет, наличие отделяемого из уретры), выполнить пальпацию уретры.

С целью выявления сопутствующих венерических заболеваний и ИППП пациенту рекомендуют пройти обследование на сифилис, ВИЧ, гепатиты В, С, гонорею, хламидиоз, трихомониаз.

Для уточнения диагноза рекомендовано выполнение молекулярно-биологического исследования отделяемого из уретры на вирус папилломы человека (*Papilloma virus*).

Лечение: использовать методы криодеструкции или хирургическое иссечение. В качестве консервативной терапии применить курсовое лечение кремом имихимод 5 %.

Ответ на клиническую задачу 28

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «опоясывающий герпес».

При необходимости подтверждения диагноза возможно выявление в вируса *Varicella-Zoster* в материале из очагов поражения на коже и/или слизистых оболочках: молекулярно-биологическое исследование везикулярной жидкости, соскобов с высыпаний на вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая (*Varicella-Zoster virus*) и/или определение ДНК вируса ветряной оспы и опоясывающего лишая (*Varicella-Zoster virus*) в везикулярной жидкости, соскобах с высыпаний методом ПЦР.

С учетом наличия болевого синдрома пациентке необходима консультация врача-невролога.

Лечение

1. Назначить противовирусные препараты перорально: ацикловир по 800 мг 5 раз в сутки в течение 7 дней, фамцикловир по 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней, валацикловир по 1000 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней.

2. С целью предупреждения бактериальной суперинфекции предложить спиртовые 1–2 % растворы анилиновых красителей (метиленовый синий, бриллиантовый зеленый), фулорцин для местного применения.

3. Для купирования болевого синдрома назначить нестероидные противовоспалительные средства (парацетамол, ибупрофен и др.)

Рекомендации: обследоваться на наличие антител к ВИЧ при установлении диагноза опоясывающего герпеса у лица от 18 до 60 лет.

Ответ на клиническую задачу 29

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «контагиозный моллюск».

Заболевание необходимо дифференцировать с плоскими бородавками, вульгарными бородавками, кератоакантомами, милиумом, акне, себорейным дерматитом и др.

Лечение

1. Удалить элементы при помощи криодеструкции (воздействие на каждый элемент жидким азотом в течение 10–20 секунд); лазерной деструкции (воздействие на каждый элемент СО₂ лазером или импульсным лазером), для уменьшения боли и дискомфорта во время деструкции рекомендовано использовать местную анестезию; электрокоагуляции.

2. После деструкции элементов рекомендовано провести обработку участков кожи растворами антисептиков: йод + (калия йодид + этанол), 5 % спиртовой раствор и др.

Рекомендации: с учетом вирусной этиологии заболевания, необходимо изолировать больных детей из организованных коллективов до полного выздоровления, соблюсти правила личной и общественной гигиены, провести профилактические осмотры детей в дошкольных детских учреждениях и школах с целью раннего выявления случаев заболевания. На период лечения запретить посещать плавательные бассейны, спортивные залы, общественные бани и сауны.

Ответ на клиническую задачу 30

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «токсидермия. Многоформная экссудативная эритема».

Дифференциальная диагностика токсико-аллергической многоформной экссудативной эритемы проводится с другими вариантами токсидермии — фиксированной лекарственной эритемой, уртикарией, буллезной токсидермией, макуло-папулезной экзантемой, синдромом Стивенса-Джонсона, с инфекционным вариантом многоформной экссудативной эритемы.

Лечение

1. Отменить препарат ко-тримоксазол (сульфаметоксазол + триметоприм), проконсультироваться с терапевтом/нефрологом для коррекции терапии.

2. С учетом развития реакции лекарственной гиперчувствительности необходимо пройти консультацию у врача аллерголога-иммунолога.

4. Начать прием энтеросорбентов: лигнин гидролизный по 4–6 таблеток 3 раза в день 5–7 дней, или полиметилсилоксан полигидрат по 1,5 столовой ложке или 1 пакету 3 раза в день в течение 5–7 дней.

5. Использовать неседативные селективные антигистаминные препараты: цетиризин по 10 мг 1 раз в день в течение 7–10 дней, или лоратадин по 10 мг 1 раз в день в течение 7–10 дней.

6. При распространении кожного процесса и с учетом состояния больного (средняя степень тяжести) назначить детоксикационную терапию: тиосульфат натрия 30 % в виде раствора ввести внутривенно 10 мл.

Рекомендации: в ходе лечения назначить щадящую диету, обильное питье с целью снижения выраженности симптомов.

Ответ на клиническую задачу 31

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания (длительность менее 6 недель) и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «острая крапивница».

По происхождению (по А. Д. Адо) выделяют экзоаллергены (неинфекционные — бытовые, эпидермальные, пыльцевые, промышленные; инфекционные — бактериальные, грибковые, вирусные) и эндоаллергены (первичные эндоаллергены — на собственные ткани, вторичные или приобретенные эндоаллергены — ожоговые, холодовые). Среди пищевых аллергенов наиболее часто аллергическую реакцию вызывают коровье молоко, куриное яйцо, арахис, соя, орехи, рыба и морепродукты, пшеница. Среди лекарственных аллергенов наиболее часто аллергическую реакцию вызывают антибактериальные средства, противосудорожные препараты, нестероидные противовоспалительные средства и др.

Выделяют продукты с высоким содержанием гистамина и продукты-гистаминолибераторы, которые не вызывают истинной аллергической реакции, но могут привести к развитию псевдоаллергии, клинически схожей с истинной аллергией. К ним относятся пряности, уксусная и лимонная кислота, шоколад, копчености, консерванты, пищевые красители, клубника, перец, квашеная капуста, рыба и моллюски, цитрусовые и др.

Лечение

1. С учетом приема большого количества продуктов-гистаминолибераторов, вероятно вызвавших данное заболевание, назначить гипоаллергенную диету на 2 недели.

2. Начать принимать антигистаминные средства (неседативные препараты второго поколения курсом 1 раз в сутки 5 дней: цетиризин 10 мг,

дезлоратадин 5 мг, лоратадин 10 мг, эбастин 10–20 мг, фексофенадин 120–180 мг).

Ответ на клиническую задачу 32

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «атопический дерматит, младенческий период, экссудативная форма, обострение».

Рекомендуется проведение дополнительных исследований: общий анализ крови развернутый, общий иммуноглобулин Е в крови, специфические иммуноглобулины Е в крови к антигенам растительного и животного происхождения, консультация врача аллерголога-иммунолога, проведение аллергологического обследования, компонентной (молекулярной) диагностики. Определение индекса SCORAD.

Лечение

1. В качестве системной терапии для купирования зуда использовать хлоропирамин 25 мг перорально по 8,3 мг (1/3 таблетки) 2–3 раза в сутки.

2. В качестве наружной терапии использовать глюкокортикостероиды: метилпреднизолона ацепонат 0,1 % в виде крема или эмульсии наносить 1 раз в сутки тонким слоем на пораженные участки кожи, не более 2 недель; гидрокортизон (гидрокортизона бутират) 0,1 % в виде крема наносить 1–3 раза в сутки на пораженные участки кожи тонким слоем, не более 2 недель.

3. Назначить применение топических ингибиторов кальциневрина: пимекролимус 1 % наносить 2 раза в сутки на пораженную поверхность тонким слоем, можно на кожу лица.

4. Использовать увлажняющие и смягчающие средства (эмоленты) наружно в виде эмульсий, гелей, лосьонов, кремов, моющих средств, средств и масел для ванн, заменителей мыла, постоянно, не менее 2–3 раз в течение дня и после водных процедур.

Ответ на клиническую задачу 33

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «гонококковая инфекция: цервицит, сальпингоофорит, эндометрит».

Лечение

1. Назначить прием антибактериальных препаратов системного действия: цефтриаксон 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в течение 14 дней или цефотаксим 1,0 г внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней.

2. Через 24–48 часов после начала парентеральной антибактериальной терапии, при условии исчезновения клинических симптомов заболевания, продолжить терапию цефалоспоридами третьего поколения перорально.

Рекомендации: в целях профилактики необходимо исключить случайные половые контакты, использовать средства барьерной контрацепции. Также стоит обследовать и проверить половых партнеров.

Ответ на клиническую задачу 34

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «гонококковая инфекция: цервицит, сальпингофорит».

Лечение

1. Назначить прием антибактериальных препаратов системного действия: цефтриаксон 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в течение 14 дней или цефотаксим 1,0 г внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней.

2. Через 24–48 часов после начала парентеральной антибактериальной терапии, при условии исчезновения клинических симптомов заболевания, продолжить терапию цефалоспоридами третьего поколения перорально.

Рекомендации: в целях профилактики необходимо исключить случайные половые контакты, использовать средства барьерной контрацепции. Также стоит обследовать и проверить половых партнеров.

Ответ на клиническую задачу 35

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «трихомониаз нижнего отдела урогенитального тракта: вагинит».

Лечение

1. В качестве антибактериальной терапии использовать препараты системного действия: метронидазол 2,0 г однократно, или тинидазол 2,0 г однократно, или орнидазол 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней.

2. Проконтролировать эффективность лечения можно при помощи микроскопического исследования нативным препаратом не ранее 14 дней после окончания лечения, или методом ПЦР, не ранее, чем через месяц после окончания лечения.

Рекомендации: в целях профилактики необходимо исключить случайные половые контакты, использовать средства барьерной контрацепции. Также стоит обследовать и проверить половых партнеров.

Ответ на клиническую задачу 36

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «урогенитальный кандидоз: вагинит, цервицит».

Лечение

1. Использовать интравагинальное введение препаратов: клотримазол 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней, или клотримазол крем 1 % 5 г 1 раз в сутки перед сном в течение 7–14 дней, или натамицин вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней, или миконазол вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней, или бутоконазол 2 % крем 5 г 1 раз в сутки перед сном однократно, или итраконазол вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 10 дней.

2. Назначить пероральный прием препаратов: флуконазол 150 мг однократно или итраконазол 200 мг 1 раз в день в течение 3 дней.

Рекомендации: в целях профилактики необходимо исключить случайные половые контакты, использовать средства барьерной контрацепции, отказаться от тесного синтетического белья и регулярного использования гигиенических прокладок. Также стоит обследовать и проверить половых партнеров.

Ответ на клиническую задачу 37

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «микроспория гладкой кожи, эритематозно-сквамозная форма».

Диагностика микоза гладкой кожи включает:

1. Микроскопическую диагностику чешуек с обнаружением нитей мицелия гриба и культуральное исследование для идентификации вида возбудителя: *Microsporum canis*, *M. ferrugineum*, *M. gypsum*.

2. Осмотр под люминесцентным фильтром (лампой Вуда) — при микроспории определяется зеленое свечение.

Лечение

1. С учетом ограниченной формы поверхностной микроспории рекомендуется назначить наружную монотерапию — наружные синтетические антимикотики:

- циклопирокс крем или кетанозол крем/мазь, 1–2 раза в сутки 4–6 недель,
- сертаноназол 2 % крем, 1–2 раза в день 4–6 недель,
- изоконазол крем или бифоназол крем, 1–2 раза в сутки, 4–6 недель).

Профилактические мероприятия включают:

1. Регистрацию больных (регистрация в журнале «Учета инфекционных заболеваний» (форма № 060/у).

2. Изоляцию больного дерматомикозом (в отдельную комнату, ограничить количество предметов, находящихся в его пользовании, отстранение от работы с оформлением листка нетрудоспособности).

3. Выявление источников заражения и контактных лиц.

4. Диспансерное наблюдение после лечения.

5. Проведение дезинфекционных мероприятий. Предметы личного пользования больного следует хранить отдельно, стирку постельного белья и личных вещей пациента проводят после предварительного обеззараживания.

6. Санитарно-просветительскую работу среди населения.

7. Вакцинацию животных.

Ответ на клиническую задачу 38

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «чесотка».

Диагностика чесотки включает:

1. Микроскопическое исследование нативного препарата (соскоб с кожи, извлечение клеща иглой).

2. При необходимости проведения дифференциальной диагностики рекомендован осмотр кожи под увеличением — дерматоскопия.

3. Возможно использование метода прокрашивания — подозрительный на чесоточный ход элемент смазывают йодом или другими антисептиками.

4. Возможно применение витропрессии — осмотр кожи через стекло при надавливании.

Лечение

1. Назначить применение безилбензоата 10 % эмульсии и мази по схеме: перед началом лечения помыться под душем теплой водой с мылом. Затем тщательно рукой втереть препарат в кожу верхних конечностей, затем туловища и нижних конечностей, включая подошвы и пальцы. Руки после обработки не мыть в течение 3 часов, в последующем после каждого мытья рук тщательно втирать препарат в кожу кистей, уделяя особое внимание межпальцевым промежуткам. В течение 3 дней не принимать водные процедуры. Затем на 4 день вечером принять душ, вымыться с мылом, повторно втереть препарат в кожу туловища и конечностей. На 5 день смыть остатки препарата теплой водой с мылом без растирания кожи.

Профилактические и противоэпидемические мероприятия:

1. Регистрацию больных (регистрация в журнале «Учета инфекционных заболеваний» (форма № 060/у).

2. Изоляцию больного чесоткой (в отдельную комнату, ограничить количество предметов, находящихся в его пользовании, отстранение от работы с оформлением листка нетрудоспособности).

3. Выявление источников заражения и контактных лиц.

4. Диспансерное наблюдение после лечения, контроль за состоянием больного на 3 и 10 дни после окончания лечения.

5. Проведение дезинфекционных мероприятий. Предметы личного пользования больного следует хранить отдельно, стирку постельного белья и личных вещей пациента проводят после предварительного обеззараживания.

6. Санитарно-просветительскую работу среди населения.

Ответ на клиническую задачу 39

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «вульгарный псориаз».

Дифференциальный диагноз проводится с розовым лишаем, парапсориазом, папулезным сифилисом, красным плоским лишаем, себорейной экземой, нейродермитом и др.

Лечение

1. В качестве наружной терапии использовать топические кортикостероиды: мометазон в виде крема 0,1 % или мази 0,1 % наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в течение 3–4 недель, метилпреднизолона ацепонат в виде мази 0,1 % наносить 1 раз в сутки в течение 3–4 недель, бетаметазон в виде крема 0,05 %, 0,1 % или мази 0,05 %, 0,1 % наносить 2 раза в сутки в течение 3–4 недель, флуоцинолона ацетонид в виде мази наносить 2–4 раза в сутки, курс лечения составляет до 25 дней, клобетазол в виде мази или крема 0,05 % наносить 1 раз в сутки в течение 3–4 недель.

2. Применить наружные средства, содержащие салициловую кислоту, для уменьшения интенсивности шелушения: салициловая кислота 2–5 % в виде мази наносить на очаги поражения кожи с выраженным шелушением, бетаметазон + салициловая кислота в виде мази наносить 2 раза в сутки, мометазон + салициловая кислота в виде мази наносить 2 раза в сутки.

3. Можно рассмотреть другие наружные средства — кальципотриол 0,005 % в виде мази наносить 2 раза в сутки в течение 6–8 недель, пиритион цинк 0,2 % в виде крема наносить 2 раза в день в течение 1–1,5 месяцев.

4. В качестве системной терапии при резистентности к проводимой наружной терапии, распространенных высыпаниях назначить метотрексат подкожно (10 мг), внутримышечно (15 мг) или перорально (20 мг), при необходимости принять до 25–30 мг, 1 раз в неделю, с добавлением к курсу терапии фолиевой кислоты.

5. Применить фототерапию — средневолновая фототерапия (УФВ/УФВ-311) и методы ПУВА-терапии, ПУВА-ванны.

Ответ на клиническую задачу 40

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «вторичный сифилис кожи и слизистых».

Лабораторная диагностика включает трепонемные и нетрепонемные тесты. Рекомендовано провести микроскопическое исследование специ-

фических элементов на бледную трепонему (*Treponema pallidum*), РМП, РПГА, ИФА с определением IgM и IgG, иммуноблоттинг, иммунохемилюминесцентный и иммунохроматографический методы.

Лечение

1. В качестве лекарства выбрать препарат группы пенициллинов: бензатин бензилпенициллин (2,4 млн. ЕД, применять 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 6 инъекций), бензилпенициллина новокаиновая соль (600 тыс. ЕД, применять 2 раза в сутки внутримышечно в течение 28 дней), бензилпенициллина натриевая соль (1 млн. ЕД, применять каждые 4 часа внутримышечно в течение 28 суток).

2. При наличии аллергической реакции или побочных эффектов на группу пенициллинов рекомендовано применить цефтриаксон 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 20 дней.

Рекомендации: обследоваться на ИППП, гепатиты В, С, использовать средства барьерной контрацепции. Также проверить половых партнеров.

Ответ на клиническую задачу 41

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «вторичный сифилис кожи и слизистых».

Лабораторная диагностика включает трепонемные и нетрепонемные тесты. Рекомендовано выполнить следующие методы обследования: РМП, РПГА, ИФА с определением IgM и IgG, иммуноблоттинг, иммунохемилюминесцентный и иммунохроматографический методы.

Лечение

1. В качестве лекарства выбрать препарат группы пенициллинов: бензатин бензилпенициллин (2,4 млн. ЕД, применять 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 6 инъекций), бензилпенициллина новокаиновая соль (600 тыс. ЕД, применять 2 раза в сутки внутримышечно в течение 28 дней), бензилпенициллина натриевая соль (1 млн. ЕД, применять каждые 4 часа внутримышечно в течение 28 суток).

2. При наличии аллергической реакции или побочных эффектов на группу пенициллинов рекомендовано применить цефтриаксон 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 20 дней.

Рекомендации: обследоваться на ИППП, гепатиты В, С, использовать средства барьерной контрацепции. Также проверить половых партнеров.

Ответ на клиническую задачу 42

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «вульгарный ихтиоз».

Дифференциальную диагностику следует проводить с другими ихтиозиформными дерматозами (рецессивный X-сцепленный ихтиоз, кератинопатический ихтиоз, ламеллярный ихтиоз и др.), эритрокератодермиями.

Диагностика основывается на клинической картине, при необходимости выполняется гистологическое исследование. Пренатальная диагностика: амниоцентез с выполнением ДНК-анализа амниотической жидкости, биопсия ворсин хориона.

Лечение

1. Принимать витамин А (ретинол) и его ароматические формы (ретиноиды).
2. Назначить биологическую терапию.
3. В качестве наружной терапии использовать кератолитические средства, эмолиенты, для купания — синдеты (синтетические детергенты).

Ответ на клиническую задачу 43

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «врожденный буллезный эпидермолиз простой».

Дифференциальный диагноз следует проводить с другими типами буллезного эпидермолиза (дистрофический, синдром Херлица), буллезным импетиго, буллезными токсикодермиями, буллезной формой мастоцитоза, сифилитической пузырчаткой, буллезной ихтиозиформной эритродермией, недержанием пигмента.

Диагностика основывается на клинической картине, при необходимости выполняется гистологическое исследование. Для определения субтипа буллезного эпидермолиза проводится гистологическое исследование с применением иммунофлюоресцентных методов.

Лечение

1. Защищать кожу и слизистые оболочки от механической травматизации.
2. Назначить уход за кожей (эмолиенты).
3. При наличии пузырей и эрозий применить анилиновые красители, водные растворы дезинфицирующих средств.
4. В качестве наружной терапии назначить наружные средства с оксидом цинка.
5. Использовать регенерирующие средства с пантенолом и другими регенерирующими агентами, антибактериальными компонентами с целью профилактики инфицирования.
6. Назначить атравматичные перевязочные материалы с дезинфицирующими компонентами.

Ответ на клиническую задачу 44

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «врожденный крупный меланоцитарный невус».

Дифференциальная диагностика проводится со следующими заболеваниями: другие пигментные невусы, синдром нейрокожного меланоза, плексиформные нейрофибромы, меланома.

Диагностика основывается на клинической картине, дерматоскопии, гистологическом исследовании.

Лечение

1. Назначить диспансерное наблюдение 1 раз в 3–6 месяцев у врача-дерматовенеролога с проведением дерматоскопии всех новообразований кожи, фотофиксацией невусов.
2. Посоветовать самоосмотр кожи 1 раз в месяц (изменение цвета, размера, очертаний, появление зуда, боли, дискомфорта, кровоточивости, длительно незаживающих язв, появление новых отличающихся образований).

Рекомендации: исключить воздействие прямых УФ-лучей, особенно с 10:00 до 16:00. Использовать шляпы, солнцезащитные очки. Наносить на все открытые участки кожи солнцезащитный крем SPF 50+ за 20–30 минут до выхода на улицу, обновлять с периодичностью в 1,5–2 часа, а также после каждого купания.

Ответ на клиническую задачу 45

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «импетиго стрептококковое».

Дифференциальная диагностика проводится со следующими заболеваниями: микробная экзема, буллезные формы токсикодермии, пузырчатка, герпес, аллергический контактный дерматит, укусы насекомых.

Диагностика основывается на клинической картине, возможно проведение микробиологического культурального исследования отделяемого с элементов кожи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам.

Лечение

1. Применить анилиновые красители: бриллиантовый зеленый спиртовой, фукокорин, калия перманганат в виде водного раствора 0,01–0,1 %, водорода пероксид раствор 1–3 %, хлоргексидин, повидон-йод.

2. В качестве наружной терапии использовать антибактериальные препараты: неомицина сульфат (5000 ME/5 мг) + бацитрацин цинк (250 ME) в виде мази, гентамицин в виде мази, фузидовая кислота в виде крема или мази, мупироцин в виде мази, эритромицин в виде мази, линкомицин в виде мази, сульфатазол серебра в виде крема.

3. Исключить контакт с водой на время лечения.

Ответ на клиническую задачу 46

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «нейрофиброматоз I типа (Болезнь Реклингхаузена)».

Дифференциальная диагностика проводится со следующими заболеваниями: нейрофиброматоз II типа, синдром Легиуса, мастоцитоз, лейомиомы, эпидермальный невус, синдром Гарднера, синдром LEOPARD, врожденный дискератоз (синдром Цинссера-Энгмана-Коула).

Диагностика основывается на критериях обследования, включающих изменения со стороны кожи, нервной и зрительной систем, опорно-двигательного аппарата, молекулярно-генетического исследования.

Обследование включает в себя осмотр невролога, офтальмолога, травматолога-ортопеда, хирурга, онколога, генетика, эндокринолога, карди-

олога, психиатра, пульмонолога, гастроэнтеролога, педиатра, общеклиническое обследование.

Лечение: кожные нейрофибромы, которые доставляют дискомфорт, необходимо хирургически удалить.

Ответ на клиническую задачу 47

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «стрептококковое импетиго правой подмышечной области».

Дифференциальная диагностика проводится со следующими заболеваниями: микробная экзема, буллезные формы токсикодермии, пузырчатка, герпес, аллергический контактный дерматит, укусы насекомых.

Лечение

1. Исключить контакт с водой на время лечения.
2. Посоветовать санацию нательного и постельного белья (стирка 90 градусов, проглаживание утюгом).
3. В качестве наружной терапии назначить обработку хлоргексидином или бетедином 2 раза в день в течение 14 дней.
4. Использовать крем фуцидин 2 раза в день в течение 14 дней.
5. При обострении экземы пройти консультацию врача-дерматовенеролога.
6. Назначить консультацию кардиолога (контроль УЗИ-сердца), травматолога-ортопеда.

Ответ на клиническую задачу 48

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «отрубевидный лишай».

Дифференциальная диагностика проводится со следующими заболеваниями: розовый лишай Жибера, сифилитические розеола, себорейный дерматит, экзематиды, эритразмы. При наличии депигментированных пятен — с сифилитической лейкодермой, сухой стрептодермией, витилиго, депигментированными экзематидами.

Тактика обследования: микроскопия чешуек кожи, люминесцентная диагностика (лампа Вуда), посев на грибковую флору.

Лечение

1. В качестве наружной терапии использовать местные противогрибковые средства (кремы, лосьоны, шампуни с кетоконазолом, тербинафином и др.).

2. В качестве системной терапии назначить противогрибковые препараты (при обширных поражениях).

3. Использовать кератолитические средства.

Рекомендации: необходимо поддерживать сухость кожи, избегать избыточного потоотделения, купить одежду из натуральных тканей, использовать профилактически противогрибковые шампуни в жаркое время года.

Ответ на клиническую задачу 49

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «нитевидная бородавка».

Дифференциальная диагностика проводится с обыкновенной бородавкой, фибромой на ножке, папилломой, синингомой, ангиокератомой Мибелли, красным плоским лишаем, гиперплазией сальных желез.

Обследование: дерматоскопия, биопсия с последующим гистологическим исследованием (при необходимости).

Лечение

1. Удалить лазером.

2. Назначить криодеструкцию, электрокоагуляцию.

3. Применить местные кератолитики.

Рекомендации: рекомендовать избегать травмирования кожи, поддерживать иммунитет, следить за гигиеной кожи.

Возможные осложнения: инфекция, рубцевание, рецидив бородавки.

Ответ на клиническую задачу 50

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «масляный фолликулит». Воспаление предположительно вызвано аллергической реакцией на мазь прополиса, примененную после травмы (выливание горячего чая на поверхность груди).

Действия родителей, включающие использование мази прополиса, обоснованы желанием облегчить состояние ребенка после травмы. Однако, в данном случае, это могло усугубить ситуацию из-за возможной аллергической реакции на прополис и привести к закупорке фолликулов.

Кожа детей тоньше и более чувствительна к внешним раздражителям, включая масла и другие косметические средства. В раннем возрасте сальные железы у детей функционируют не полностью. При использовании масел или жирных кремов их остатки могут накапливаться, вызывая закупорку и воспаление фолликулов. Также у детей иммунная система еще не полностью развита, что делает их более восприимчивыми к бактериальным и грибковым инфекциям, которые способствуют развитию фолликулита при наличии благоприятных условий (например, закупоренных фолликулов).

Дифференциальная диагностика проводится с сифилитической пузырчаткой, врожденным буллезным эпидермолизом, многоформной эритемой, импетиго, простым герпесом, ветряной оспой, дисгидрозом и др.

Лечение

1. Прекратить использование мази прополиса
2. Назначить местные антисептические средства, комбинированных глюкокортикостероидов для снятия воспаления и зуда: фузидовая кислота 2 % крем, бетаметазон дипропионат 0,1 % + гентамицина сульфат 0,1 % крем, гидрокортизона ацетат 0,1 % + окситетрациклина гидрохлорид 0,3 % мазь.

Рекомендации: применить нежные очищающие средства и увлажняющие крема для ухода за кожей, исключить другие потенциальные аллергены, с которыми ребенок мог контактировать, проконсультироваться с аллергологом-иммунологом при необходимости.

Ответ на клиническую задачу 51

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «опоясывающий герпес, типичная форма, без осложнений».

Дифференциальную диагностику следует проводить с зостерiformной разновидностью простого герпеса, контактным дерматитом (после укусов насекомых, фотодерматитом), пузырьными дерматозами (герпе-

тиформным дерматитом Дюринга, буллезным пемфигоидом, пузырьчаткой). Возможными этиологическими агентами могут быть: опоясывающий герпес (расположение сыпи в пределах дерматома, представленной сгруппированными везикулезными элементами, перенесенная год назад ветряная оспа), зостериформный простой герпес (инфекция ВПГ у матери, а также отсутствие боли и лихорадки у ребенка на момент высыпаний).

Лечение

1. Проконсультироваться с педиатром.
2. В качестве наружной терапии использовать лосьон Каламин при зуде, крем ацикловир 5 % каждые 4 часа в течение 7 дней.
3. В качестве системной терапии применить ацикловир 20 мг/кг (200 мг) внутрь 4 раза в день в течение 5 дней.

Ответ на клиническую задачу 52

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «гонококковый уретрит».

Для верификации диагноза необходимо провести микроскопическое исследование отделяемого из уретры и/или молекулярно-биологическое исследование отделяемого уретры на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*).

Лечение

1. Назначить цефтриаксон 1 г внутримышечно, однократно. Также спектиномицин 2,0 г внутримышечно, однократно или цефиксим 400 мг однократно, принимать перорально.

2. Пройти обследование на сифилис, ВИЧ, ИППП.

Рекомендации: обследовать половых партнеров, провести беседу о соблюдении профилактических мер заражения венерическими болезнями и ИППП, порекомендовать избегать случайных половых контактов, использовать средства барьерной контрацепции.

Ответ на клиническую задачу 53

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «первичный сифилис. Индуриативный отек».

Лабораторная диагностика включает трепонемные и нетрепонемные тесты. Рекомендованные методы обследования:

- микроскопическое исследование эрозивного элемента с целью обнаружения *Treponema pallidum* и/или молекулярно-биологическое исследование отделяемого элемента на бледную трепонему методом ПЦР,
- определение антител в крови: РМП, РПГА, ИФА с определением IgM и IgG,
- иммуноблоттинг,
- иммунохемилюминесцентный и иммунохроматографический методы.

Лечение

1. Назначить группу пенициллинов: бензатин бензилпенициллин (2,4 млн. ЕД, 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 3 инъекции), бензилпенициллина новокаиновая соль (600 тыс. ЕД, 2 раза в сутки внутримышечно в течение 14 дней), бензилпенициллина натриевая соль (1 млн. ЕД, каждые 4 часа внутримышечно в течение 14 суток), бензатина бензилпенициллин + бензилпенициллин прокаина (1,5 млн. ЕД, 2 раза в неделю внутримышечно, на курс 5 инъекций).

2. При наличии аллергической реакции или побочных эффектов на группу пенициллинов применять цефтриаксон 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 10 дней. Также при необходимости в лечение можно использовать доксициклин, эритромицин, оксациллин или ампициллин.

Рекомендации: обследоваться на ВИЧ-инфекцию, ИППП, гепатиты В, С, использовать средства барьерной контрацепции. Также проверить половых партнеров.

Ответ на клиническую задачу 54

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «сифилис скрытый».

Для верификации диагноза необходимо полное лабораторное обследование, в которое входят:

- РМП,
- РПГА,
- ИФА с определением IgM и IgG,

- иммуноблоттинг,
- иммунохемилюминесцентный и иммунохроматографический методы,
- консультация смежных специалистов терапевта, невролога, хирурга, лор-врача, офтальмолога,
- проведение лабораторно-инструментального обследования по показаниям специалистов (рентгенография, УЗИ брюшной полости, КТ, МРТ, исследование цереброспинальной жидкости).

Лечение

1. После верификации диагноза определить длительность курса антибиотикотерапии.

2. В лечение сифилиса использовать препараты пенициллинового ряда, тетрациклины, макролиды, цефалоспорины.

Рекомендации: обследоваться на ВИЧ-инфекцию, ИППП, гепатиты В, С, использовать средства барьерной контрацепции. Также проверить половых партнеров.

Ответ на клиническую задачу 55

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «вульгарный псориаз».

Дифференциальный диагноз проводится с розовым лишаем, параспориазом, папулезным сифилисом, красным плоским лишаем, себорейной экземой, нейродермитом и др.

Лечение

1. В качестве наружной терапии использовать топические кортикостероиды: мометазон в виде крема 0,1 % или мази 0,1 % наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в течение 3–4 недель, метилпреднизолон ацепонат в виде мази 0,1 % наносить 1 раз в сутки в течение 3–4 недель, бетаметазон в виде крема 0,05 %, 0,1 % или мази 0,05 %, 0,1 % наносить 2 раза в сутки в течение 3–4 недель, флуоцинолона ацетонид в виде мази наносить 2–4 раза в сутки, курс лечения составляет до 25 дней, клобетазол в виде мази или крема 0,05 % наносить 1 раз в сутки в течение 3–4 недель.

2. Применить наружные средства, содержащие салициловую кислоту, для уменьшения интенсивности шелушения: салициловая кислота 2–5 %

в виде мази наносить на очаги поражения кожи с выраженным шелушением, бетаметазон + салициловая кислота в виде мази наносить 2 раза в сутки, мометазон + салициловая кислота в виде мази наносить 2 раза в сутки.

3. Можно рассмотреть другие наружные средства — кальципотриол 0,005 % в виде мази наносить 2 раза в сутки в течение 6–8 недель, пиритион цинк 0,2 % в виде крема наносить 2 раза в день в течение 1–1,5 месяцев.

4. В качестве системной терапии при резистентности к проводимой наружной терапии, распространенных высыпаниях назначить метотрексат подкожно (10 мг), внутримышечно (15 мг) или перорально (20 мг), при необходимости принять до 25–30 мг, 1 раз в неделю, с добавлением к курсу терапии фолиевой кислоты.

5. Применить фототерапию — средневолновая фототерапия (УФВ/УФВ-311) и методы ПУВА-терапии, ПУВА-ванны.

Ответ на клиническую задачу 56

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «полиморфная экссудативная эритема».

Дифференциальный диагноз проводят с такими заболеваниями как лекарственная токсидермия, вторичный сифилис, буллезные дерматозы, вирусные пузырчатки, красный плоский лишай, герпетический стоматит и др.

Лечение

1. Назначить антигистаминные препараты: хлоропирамин 25 мг внутримышечно 2 раза в сутки в течение 7–10 дней (в связи с затруднением глотания).

2. В качестве наружной терапии применить обработку пузырных элементов и эрозий на коже анилиновыми красителями 1 раз в день в течение 3–5 дней, топические глюкокортикостероиды в виде эмульсии или крема средней силы активности 2 раза в день курсом 10–14 дней.

3. Включить в лечение полоскание ротовой полости растворами антисептиков для профилактики присоединения инфекции.

Рекомендации: полностью исключить прием нимесулида, также исключить прием НПВС без назначения врача.

Ответ на клиническую задачу 57

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «опоясывающий герпес».

Дифференциальная диагностика проводится с зостериформной разновидностью простого герпеса, контактным дерматитом (после укусов насекомых, фотодерматитом), пузырьными дерматозами (герпетиформным дерматитом Дюринга, буллезным пемфигоидом, пузырчаткой).

При необходимости подтверждения диагноза возможно выявление в вируса *Varicella-Zoster* в материале из очагов поражения на коже и/или слизистых оболочках: молекулярно-биологическое исследование везикулярной жидкости, соскобов с высыпаний на вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая (*Varicella-Zoster virus*) и/или определение ДНК вируса ветряной оспы и опоясывающего лишая (*Varicella-Zoster virus*) в везикулярной жидкости, соскобах с высыпаний методом ПЦР.

С учетом наличия болевого синдрома данному больному необходима консультация врача-невролога.

Лечение

1. Назначить противовирусные препараты перорально: ацикловир по 800 мг 5 раз в сутки в течение 7 дней, фамцикловир по 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней, валацикловир по 1000 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней.

2. С целью предупреждения бактериальной суперинфекции предложить спиртовые 1–2 % растворы анилиновых красителей (метиленовый синий, бриллиантовый зеленый), фукокорцин для местного применения.

3. Для купирования болевого синдрома назначить нестероидные противовоспалительные средства (парацетамол, ибупрофен и др.).

Ответ на клиническую задачу 58

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия».

Дифференциальный диагноз проводится с токсикодермией, розовым лишаем, параспсoriasisом, папулезным сифилисом, красным плоским лишаем, себорейной экземой, нейродермитом и др.

Лечение

1. В качестве наружной терапии использовать топические кортикостероиды: мометазон в виде крема 0,1 % или мази 0,1 % наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в течение 3–4 недель, метилпреднизолона ацепонат в виде мази 0,1 % наносить 1 раз в сутки в течение 3–4 недель, бетаметазон в виде крема 0,05 %, 0,1 % или мази 0,05 %, 0,1 % наносить 2 раза в сутки в течение 3–4 недель, флуоцинолона ацетонид в виде мази наносить 2–4 раза в сутки, курс лечения составляет до 25 дней, клобетазол в виде мази или крема 0,05 % наносить 1 раз в сутки в течение 3–4 недель.

2. Применить наружные средства, содержащие салициловую кислоту, для уменьшения интенсивности шелушения: салициловая кислота 2–5 % в виде мази наносить на очаги поражения кожи с выраженным шелушением, бетаметазон + салициловая кислота в виде мази наносить 2 раза в сутки, мометазон + салициловая кислота в виде мази наносить 2 раза в сутки.

3. Можно рассмотреть другие наружные средства — кальципотриол 0,005 % в виде мази наносить 2 раза в сутки в течение 6–8 недель, пиритион цинк 0,2 % в виде крема наносить 2 раза в день в течение 1–1,5 месяцев.

4. Использовать шампуни с пиритион цинком 3 раза в неделю в течение 1–2 месяцев для очищения и лечения кожи волосистой части головы.

5. Назначить уход за кожей с применением эмолиентов.

Ответ на клиническую задачу 59

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «псориаз. Псориатический артрит, дактилит».

Дифференциальный диагноз проводится с розовым лишаем, параспориозом, папулезным сифилисом, красным плоским лишаем, себорейной экземой, нейродермитом и др.

Лечение

1. В качестве наружной терапии использовать топические кортикостероиды: мометазон в виде крема 0,1 % или мази 0,1 % наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в течение 3–4 недель, метилпреднизолона ацепонат в виде мази 0,1 % наносить 1 раз в сутки в течение 3–4 недель, бетаметазон в виде крема 0,05 %, 0,1 % или мази 0,05 %, 0,1 % на-

носить 2 раза в сутки в течение 3–4 недель, флуоцинолона ацетонид в виде мази наносить 2–4 раза в сутки, курс лечения составляет до 25 дней, клобетазол в виде мази или крема 0,05 % наносить 1 раз в сутки в течение 3–4 недель.

2. Применить наружные средства, содержащие салициловую кислоту, для уменьшения интенсивности шелушения: салициловая кислота 2–5 % в виде мази наносить на очаги поражения кожи с выраженным шелушением, бетаметазон + салициловая кислота в виде мази наносить 2 раза в сутки, мометазон + салициловая кислота в виде мази наносить 2 раза в сутки.

3. Можно рассмотреть другие наружные средства — кальципотриол 0,005 % в виде мази наносить 2 раза в сутки в течение 6–8 недель, пиритион цинк 0,2 % в виде крема наносить 2 раза в день в течение 1–1,5 месяцев.

4. В качестве системной терапии при резистентности к проводимой наружной терапии, распространенных высыпаниях назначить метотрексат подкожно (10 мг), внутримышечно (15 мг) или перорально (20 мг), при необходимости принять до 25–30 мг, 1 раз в неделю, с добавлением к курсу терапии фолиевой кислоты.

5. Применить фототерапию — средневолновая фототерапия (УФВ/УФВ-311) и методы ПУВА-терапии, ПУВА-ванны.

Рекомендации: пройти консультацию врача-ревматолога с учетом псориатического артрита.

Ответ на клиническую задачу 60

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «вульгарный ихтиоз».

Вульгарный ихтиоз — это генодерматоз с аутосомно-доминантным типом наследования. Клиническая картина включает три признака: шелушение, фолликулярный гиперкератоз, огрубение и повышенную складчатость кожи ладоней и подошв.

Лечение

1. В качестве наружной терапии использовать эмоленты с 5–10 % мочевиной в виде крема или бальзама около 3–8 раз в день постоянно, наружных препаратов с витамином А и Е курсами до 1–2 месяцев.

2. Купаться с мягкими очищающими средствами (синдэтами) с добавлением в воду смягчающих масел для ванн из линий эмолиентов для атопичной кожи.

3. Для очищения волосистой части головы использовать шампуни без сульфатов с содержанием керамидов, гиалуроновой кислоты.

Ответ на клиническую задачу 61

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «акне, папуло-пустулезная форма, легкой степени тяжести. Жирная себорея».

Акне дифференцируют с розацеа, розацеаподобным (периоральным) дерматитом, мелкоузловым саркоидозом лица, проявлениями вторичного сифилиса (папулезным себорейным и папулопустулезным сифилидом и другими папулезными дерматозами), медикаментозными акне, возникающими на фоне приема ряда лекарственных препаратов (гормональные препараты, включая системные глюкокортикостероиды, анаболические стероиды и др.).

Лечение

1. Для лечения себореи использовать шампуни с пиритионом цинка 3 раза в неделю в течение 1–2 месяцев, после достижения клинического результата 1 раз в неделю 2–3 месяца для профилактики рецидива.

2. В качестве наружной терапии для лечения акне назначить топические ретиноиды (адапален в виде геля), препараты, обладающие антимикробным и противовоспалительным действием (бензил пероксид, азелаиновая кислота) с минимальным курсом применения (3 месяца).

3. При любых формах акне рекомендуется назначать уход за кожей, включающий очищающие средства, лосьоны для сужения пор, увлажняющие восстанавливающие крема для коррекции сухости кожи на фоне применения лечебных средств против акне. Продукцию можно найти в разделе дерматокосметики для проблемной и жирной кожи.

4. Использовать себорегулирующие шампуни для очищения кожи волосистой части головы.

Ответ на клиническую задачу 62

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «микоз стоп».

Дифференциальная диагностика микоза стоп проводится с дисгидротической экземой, кандидозом межпальцевых складок.

Лечение

1. Рекомендовать прием пероральных антигистаминных препаратов (цетиризин, лоратадин).

2. В качестве наружной терапии назначить противогрибковые препараты (нафтиффин, тербинафин, сертоконазол).

Рекомендации: в меры по предотвращению заражения микозами включить соблюдение правил личной гигиены, использование ортопедической обуви при деформации стоп, лечение фоновых заболеваний, вторичную индивидуальную профилактику, направленную на предупреждение рецидивов заболевания, в том числе дезинфекционные мероприятия.

Ответ на клиническую задачу 63

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «пеленочный (памперсный) дерматит. Кандидоз крупных складок».

Пеленочный дерматит (опрелости) — это распространенное воспаление кожи у детей раннего возраста, для которого характерно покраснение кожи в области промежности. Кандидоз крупных складок — это грибковое заболевание кожи, чаще поражаются паховые, субмаммарные, подмышечные складки, возбудитель *Candida spp.*

Данное заболевание необходимо дифференцировать с аллергическим контактным дерматитом, псориазом складок.

Лечение

1. Назначить прием антигистаминных препаратов (цетиризин, кларифирамин).

2. Использовать комбинированный наружный препарат с противовоспалительным и противогрибковым действием (гидрокортизон + неомицин + натамицин).

Рекомендации: ограничить ношение памперса, воздушные ванны, применить защитные барьерные крема под памперс при его использовании, назначить регулярное очищение кожи после каждого акта дефекации или мочеиспускания (подмывание водой без мыла или с мягкими очищающими средствами).

Ответ на клиническую задачу 64

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «микроспория волосистой части головы».

Необходимо микроскопическое исследование волос для подтверждения грибкового заболевания и культуральное исследование для определения вида грибка.

Лечение

1. Назначить комплексное лечение, включающее системный и топический противогрибковый препарат, и сбривание волос раз в 7–10 дней.

2. Применить гризеофульвин из расчета 21–22 мг на кг массы тела в сутки с чайной ложкой растительного масла.

3. В качестве наружной терапии использовать на очаги поражения раствор повидон-йода 1 раз в день, клотримазол или сертоконазол в виде крема 2 раза в день.

Лечение считается законченным при 3 отрицательных результатах микроскопического исследования, проводимого с интервалами в 5–7 дней.

Ответ на клиническую задачу 65

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «ограниченный нейродермит».

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с псориазом, себорейным дерматитом, грибковым микозом, контактным дерматитом, педикулезом, микотическими заболеваниями кожи.

Лечение

1. Рекомендовать соблюдение гипоаллергенной диеты, избегать стрессовые ситуации, консультацию с психологом.

2. В качестве системной терапии назначить антигистаминные препараты (хлоропирамин, цетиризин) курсом в течение 7–10 дней.

3. Использовать наружно топические глюкокортикостероиды в виде крема или лосьона курсом (например, бетаметазона дипропионат 0,05 % наносить тонким слоем на пораженную область утром и вечером 7 дней, затем 3 дня 1 раз в день, затем несколько дней через день).

4. Назначить уход за кожей волосистой частью головы в виде шампуней из раздела эмолиентов для атопичной кожи на постоянной основе.

Ответ на клиническую задачу 66

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «фурункул».

Дифференциальный диагноз проводят с эпидермальной кистой, гидраденитом, инверсными формами акне, метастазами в коже.

Лечение

1. Обработать элемент антисептическими растворами, анилиновыми красителями.

2. В качестве наружной терапии назначить антибактериальные топические средства с нанесением 2 раза в день в течение 7–14 дней (гентамин, фузидиевая кислота, мупироцин, эритромицин и др.).

3. Обследовать пациента на сифилис, ВИЧ-инфекцию.

4. Проконсультироваться с терапевтом для выявления сопутствующей патологии, исследовать уровень сахара.

Рекомендации: провести профилактическую беседу о правильном уходе за кожей подмышечных впадин.

Ответ на клиническую задачу 67

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «буллезное импетиго».

Дифференциальный диагноз проводят с герпетической инфекцией, вирусной пузырчаткой, контактным дерматитом, укусами насекомых, дифтерией кожи.

Лечение

1. Обработать элемент антисептическими растворами, анилиновыми красителями.

2. В качестве наружной терапии назначить антибактериальные топические средства с нанесением 2 раза в день в течение 7–14 дней (гентамин, фузидиевая кислота, мупироцин, эритромицин и др.).

Рекомендации: исключить контакт с водой на время лечения, изолировать ребенка на время лечения (ограничить посещение детских садов, школ, секций)

Ответ на клиническую задачу 68

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «вульгарный псориаз».

Дифференциальный диагноз проводится с розовым лишаем, паразитарным, папулезным сифилисом, красным плоским лишаем, себорейной экземой, нейродермитом и др.

Лечение

1. В качестве наружной терапии использовать топические кортикостероиды: мометазон в виде крема 0,1 % или мази 0,1 % наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в течение 3–4 недель, метилпреднизолона ацепонат в виде мази 0,1 % наносить 1 раз в сутки в течение 3–4 недель, бетаметазон в виде крема 0,05 %, 0,1 % или мази 0,05 %, 0,1 % наносить 2 раза в сутки в течение 3–4 недель, флуоцинолона ацетонид в виде мази наносить 2–4 раза в сутки, курс лечения составляет до 25 дней, клобетазол в виде мази или крема 0,05 % наносить 1 раз в сутки в течение 3–4 недель.

2. Применить наружные средства, содержащие салициловую кислоту, для уменьшения интенсивности шелушения: салициловая кислота 2–5 % в виде мази наносить на очаги поражения кожи с выраженным шелушением, бетаметазон + салициловая кислота в виде мази наносить 2 раза в сутки, мометазон + салициловая кислота в виде мази наносить 2 раза в сутки.

3. Можно рассмотреть другие наружные средства — кальципотриол 0,005 % в виде мази наносить 2 раза в сутки в течение 6–8 недель, пиритион цинк 0,2 % в виде крема наносить 2 раза в день в течение 1–1,5 месяцев.

4. В качестве системной терапии при резистентности к проводимой наружной терапии, распространенных высыпаниях назначить метотрексат подкожно (10 мг), внутримышечно (15 мг) или перорально (20 мг), при необходимости принять до 25–30 мг, 1 раз в неделю, с добавлением к курсу терапии фолиевой кислоты.

5. Применить фототерапию — средневолновая фототерапия (УФВ/УФВ-311) и методы ПУВА-терапии, ПУВА-ванны.

Ответ на клиническую задачу 69

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «вульгарный псориаз».

Дифференциальный диагноз проводится с розовым лишаем, парасориазом, папулезным сифилисом, красным плоским лишаем, себорейной экземой, нейродермитом и др.

Лечение

1. В качестве наружной терапии использовать топические кортикостероиды: мометазон в виде крема 0,1 % или мази 0,1 % наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в течение 3–4 недель, метилпреднизолона ацепонат в виде мази 0,1 % наносить 1 раз в сутки в течение 3–4 недель, бетаметазон в виде крема 0,05 %, 0,1 % или мази 0,05 %, 0,1 % наносить 2 раза в сутки в течение 3–4 недель, флуоцинолона ацетонид в виде мази наносить 2–4 раза в сутки, курс лечения составляет до 25 дней, клобетазол в виде мази или крема 0,05 % наносить 1 раз в сутки в течение 3–4 недель.

2. Применить наружные средства, содержащие салициловую кислоту, для уменьшения интенсивности шелушения: салициловая кислота 2–5 % в виде мази наносить на очаги поражения кожи с выраженным шелушением, бетаметазон + салициловая кислота в виде мази наносить 2 раза в сутки, мометазон + салициловая кислота в виде мази наносить 2 раза в сутки.

3. Можно рассмотреть другие наружные средства — кальципотриол 0,005 % в виде мази наносить 2 раза в сутки в течение 6–8 недель, пиритион цинк 0,2 % в виде крема наносить 2 раза в день в течение 1–1,5 месяцев.

4. В качестве системной терапии при резистентности к проводимой наружной терапии, распространенных высыпаниях назначить метотрексат подкожно (10 мг), внутримышечно (15 мг) или перорально (20 мг), при необходимости принять до 25–30 мг, 1 раз в неделю, с добавлением к курсу терапии фолиевой кислоты.

5. Применить фототерапию — средневолновая фототерапия (УФВ/УФВ-311) и методы ПУВА-терапии, ПУВА-ванны.

Ответ на клиническую задачу 70

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «псориаз. Псориатический артрит».

Дифференциальный диагноз проводится с розовым лишаем, паразитарным сифилисом, красным плоским лишаем, себорейной экземой, нейродермитом и др.

Тактика лечения

1. В качестве наружной терапии использовать топические кортикостероиды: мометазон в виде крема 0,1 % или мази 0,1 % наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в течение 3–4 недель, метилпреднизолона ацепонат в виде мази 0,1 % наносить 1 раз в сутки в течение 3–4 недель, бетаметазон в виде крема 0,05 %, 0,1 % или мази 0,05 %, 0,1 % наносить 2 раза в сутки в течение 3–4 недель, флуоцинолона ацетонид в виде мази наносить 2–4 раза в сутки, курс лечения составляет до 25 дней, клобетазол в виде мази или крема 0,05 % наносить 1 раз в сутки в течение 3–4 недель.

2. Применить наружные средства, содержащие салициловую кислоту, для уменьшения интенсивности шелушения: салициловая кислота 2–5 % в виде мази наносить на очаги поражения кожи с выраженным шелушением, бетаметазон + салициловая кислота в виде мази наносить 2 раза в сутки, мометазон + салициловая кислота в виде мази наносить 2 раза в сутки.

3. Можно рассмотреть другие наружные средства — кальципотриол 0,005 % в виде мази наносить 2 раза в сутки в течение 6–8 недель, пиритион цинк 0,2 % в виде крема наносить 2 раза в день в течение 1–1,5 месяцев.

4. В качестве системной терапии при резистентности к проводимой наружной терапии, распространенных высыпаниях назначить метотрексат подкожно (10 мг), внутримышечно (15 мг) или перорально (20 мг), при необходимости принять до 25–30 мг, 1 раз в неделю, с добавлением к курсу терапии фолиевой кислоты.

5. Применить фототерапию — средневолновая фототерапия (УФВ/УФВ-311) и методы ПУВА-терапии, ПУВА-ванны.

Рекомендации: с учетом псориатического артрита назначить консультацию с врачом-ревматологом.

Ответ на клиническую задачу 71

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «красный плоский лишай».

Дифференциальная диагностика проводится с псориазом, вторичным сифилисом, атопическим дерматитом, красным отрубевидным волосатым лишаем, болезнью Дарье и др.

Лечение

1. В качестве системной терапии назначить глюкокортикостероидные препараты системного действия: преднизолон 20–30 мг в сутки, перорально, принимать в течение 1–2 месяцев.

2. Использовать антималярийные препараты: гидроксихлорохин 200 мг перорально 2 раза в сутки в течение 1–2 месяцев.

3. Для купирования зуда пациентам назначить антигистаминные препараты 1 поколения или анксиолитическое средство (транквилизатор) с Н-антигистаминной активностью: мебгидролин 100 мг, перорально, принимать 2–3 раза в сутки в течение 7–10 дней, или клемастин 1 мг, перорально, принимать 2 раза в сутки в течение 7–10 дней, или гидроксизин 25–100 мг в сутки, перорально, принимать в течение 28 дней.

4. Назначить физиотерапевтическое лечение: узкополосная средневолновая фототерапия с длиной волны 311 нм, 3–4 раза в неделю в течение 6–12 недель.

5. На очаги поражения в полости рта применить топические глюкокортикостероидные препараты: бетаметазон в виде крема, принимать 2 раза в сутки, наносить наружно на очаги поражения в течение 8 недель.

Ответ на клиническую задачу 72

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективных данных предположительный диагноз — «токсидермия. Острая крапивница».

Дифференциальный диагноз проводится с другими токсидермиями: пятнисто-папулезной, буллезной токсидермией, многоформной экссудативной эритемой; с хронической крапивницей, уртикарным васкулитом.

Лечение

1. Неотложно госпитализировать в стационар терапевтического, аллергологического или дерматологического профиля.

2. Отменить лекарственный препарат новокаин.

3. С учетом развития реакции лекарственной гиперчувствительности необходимо проконсультироваться с аллергологом-иммунологом.

4. Назначить прием энтеросорбентов: лигнин гидролизный по 4–6 таблеток принимать 3 раза в день в течение 5–7 дней, или полиметилсилоксана полигидрат по 1,5 столовой ложке или 1 пакету принимать 3 раза в день в течение 5–7 дней.

5. Назначить прием неседативных селективных антигистаминных препаратов: цетиризин по 10 мг принимать 1 раз в день в течение 7–10 дней, или лоратадин по 10 мг принимать 1 раз в день в течение 7–10 дней.

6. Назначить детоксикационную терапию: тиосульфат натрия 30 %, в виде раствора по 10 мл ввести внутривенно.

Рекомендации: щадящая диета, обильное питье с целью снижения выраженности симптомов.

Заключение

Изучение дерматовенерологии является важной частью подготовки будущих врачей, поскольку кожные заболевания часто встречаются в клинической практике и могут быть проявлениями, как самостоятельных заболеваний, так и симптомами системных заболеваний. Представленные в учебном пособии клинические задачи охватывают основные разделы дерматологии, что позволяет студентам более глубоко понять механизмы развития кожных заболеваний, их диагностику, дифференциальный диагноз и подходы к лечению.

Задачи по всем разделам дерматовенерологии включают в себя разнообразные клинические случаи, что позволяет студентам познакомиться с типичными и нетипичными проявлениями дерматологических заболеваний, научиться выявлять особенности течения болезни и учитывать особенности пациента при разработке лечебных мероприятий. Особое внимание уделено современным методам диагностики и новейшим подходам к лечению, которые отражают текущие достижения дерматологии.

Таким образом, настоящее учебное пособие является полезным инструментом для закрепления знаний и совершенствования клинических навыков в области дерматологии. Учебное пособие поможет студентам овладеть необходимыми компетенциями, чтобы успешно справляться с будущими профессиональными задачами и оказывать качественную медицинскую помощь пациентам с заболеваниями кожи.

Список литературы

1. Дерматовенерология : учебник / Е. В. Соколовский, Г. Н. Михеев, Т. В. Красносельских [и др.] ; под ред. Е. В. Соколовского. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. — 687 с. — ISBN 978-5-299-00721-3.
2. Детская дерматовенерология : учебник / И. А. Горланов, Д. В. Заславский, И. Р. Милявская [и др.] ; под ред. И. А. Горланова. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 512 с. — ISBN 978-5-9704-4029-2.
3. Справочник практического врача по наиболее часто встречающимся дерматозам : учеб. пособие / Т. В. Красносельских, Е. Р. Аравийская, Е. В. Соколовский, К. Н. Монахов. — Москва : ИндексМед Медиа, 2023. — 600 с. — ISBN 978-5-9909938-7-7.
4. Мурашкин Н. Н. Псориаз у детей руководство для врачей / Н. Н. Мурашкин ; под редакцией Н. Н. Мурашкина. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. — 550 с. — ISBN 978-5-9704-8119-6.
5. Акне и розацеа. Клинические проявления, диагностика и лечение / Л. С. Круглова, А. Г. Стенько, Н. В. Грязева [и др.] ; под ред. Л. С. Кругловой. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 208 с. — ISBN 978-5-9704-6063-4.
6. Акне и малассезиозы у детей и подростков / О. Б. Тамразова, И. М. Османов. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 200 с. — (Библиотека врача-специалиста). — ISBN 978-5-9704-5822-8.
7. Буллезный эпидермолиз : руководство для врачей / Н. Н. Мурашкин, Л. С. Намазова-Баранова, Э. Т. Амбарчян [и др.] ; под ред. Н. Н. Мурашкина, Л. С. Намазовой-Барановой. — Москва : ПедиатрЪ, 2019. — 441 с. — ISBN 978-5-6042577-6-0.

8. Ламоткин И. А. Онкодерматология: атлас : учеб. пособие / И. А. Ламоткин. — Москва : Лаборатория знаний, 2021. — 878 с. — ISBN 978-5-906828-25-5.
9. Климко Н. Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей / Н. Н. Климко. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Фармтек, 2017. — 272 с.
10. Микозы крупных складок. Эпидемиология, этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика : учеб. пособие / Т. В. Соколова, А. П. Малярчук, В. В. Гладько, О. Л. Газарян ; под ред. Т. В. Соколовой. — Москва : МГУПП, 2016. — 76 с.
11. Дерматомикозы у детей : учеб. пособие / М. А. Уфимцева, С. Б. Антонова, А. А. Голубкова [и др.] ; под ред. М. А. Уфимцевой. — Екатеринбург : УГМУ, 2017. — 116 с.

Авторы

Уфимцева Марина Анатольевна — завкафедрой дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности, д-р мед. наук, профессор

Бочкарев Юрий Михайлович — доцент кафедры, канд. мед. наук, доцент

Вишневская Ирина Федоровна — доцент кафедры, канд. мед. наук, доцент

Сорокина Ксения Николаевна — доцент кафедры, канд. мед. наук

Николаева Кристина Игоревна — доцент кафедры, канд. мед. наук, доцент

Гурковская Евгения Петровна — доцент кафедры, канд. мед. наук, доцент

Антонова Светлана Борисовна — доцент кафедры, канд. мед. наук

Шубина Александра Сергеевна — доцент кафедры, канд. мед. наук

Симонова Наталья Вячеславовна — доцент кафедры, канд. мед. наук

Савченко Наталья Викторовна — доцент кафедры, канд. мед. наук

Мыльникова Екатерина Сергеевна — ассистент кафедры

Ефимова Мария Сергеевна — ассистент кафедры

Царегородцева Анна Александровна — аспирант кафедры

Учебное издание

Уфимцева Марина Анатольевна
Бочкарев Юрий Михайлович
Вишневская Ирина Федоровна
и др.

Клиническая дерматовенерология

Практкум

Под общей редакцией доктора медицинских наук,
профессора М. А. Уфимцевой

Корректор Е. А. Гусева
Верстка Е. В. Ровнушкиной

Подписано в печать 22.11.2024. Формат 60×84 1/16.
Усл. печ. л. 8,14. Уч.-изд. л. 6,19.
Гарнитура Minion Pro. Тираж 40 экз.

Уральский государственный медицинский университет
Редакционно-издательский отдел УГМУ
620028, Екатеринбург, ул. Репина, 3
+7 (343) 214-85-65
rio@usma.ru

Отпечатано в ООО «Издательство УМЦ УПИ»
620049, Екатеринбург, ул. Гагарина, 35а, оф. 2
+7 (343) 362-91-16, +7 (343) 362-91-17
3629116@mail.ru

