

# Кейсы | Высшее образование | Дерматовенерология

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Дерматовенерология | Записей: 2

## Дерматовенерология - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Дерматовенерология

### 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### 1.1. Ситуация

Пациент 62 лет обратился на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

#### 1.2. Жалобы

На высыпания на коже туловища.

#### 1.3. Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 2 недель, когда впервые высыпания появились на коже туловища. Высыпания появились через некоторое время после простуды, по поводу которой принимал противовирусные препараты.

#### 1.4. Анамнез жизни

- \* Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Гипертоническая болезнь. +
- \* Не курит, алкоголем не злоупотребляет. +
- \* Хирургические вмешательства: аппендэктомия. +
- \* Аллергоанамнез: не отягощен. +
- \* Наследственность: у матери пузырчатка. +
- \* Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 3 месяца назад.

#### 1.5. Объективный статус

Поражение кожи носит распространенный характер. Высыпания располагаются на коже туловища, преимущественно на передней поверхности груди, представлены множественными медно-красными папулами округлой формы, имеют четкие очертания, местами сгруппированные. На поверхности некоторых папул отмечаются корочки, а также единичные пузырьки и мелкие эрозии. Субъективные ощущения отсутствуют. +  
Видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не выявлено. +  
Кожные покровы половых органов нормальной окраски, высыпаний не выявлено. +  
Слизистая оболочка наружного отверстия уретры не измененная, выделения из уретры отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями.



Объективный статус

## 1. План обследования

### 1. Вопрос

Методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

1. определение уровня общего IgE в крови
2. исследование крови для выявления IgG-аутоантител методом непрямой иммунофлюоресценции

### 3. реакция пассивной гемагглютинации для выявления антител к возбудителю сифилиса (\_Treponema pallidum\_)

4. исследование крови для выявления антител к возбудителю ветряной оспы (\_Varicella Zoster Virus\_) методом ИФА (IgG и IgM)

**Правильный ответ: реакция пассивной гемагглютинации для выявления антител к возбудителю сифилиса (\_Treponema pallidum\_)**

Рекомендуется использовать комплекс нетрепонемного (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) в количественном варианте постановки и трепонемного (РПГА, ИФА IgM{plus}IgG, ИБ, ИХЛ, ИХГ) тестов для лабораторной диагностики ранних манифестных форм приобретенной сифилитической инфекции.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем, 2016

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Сифилис, 2024 г.

(1)

(2)

## 2. Диагноз

### 2. Вопрос

Анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, является

1. появление высыпаний через 3 месяца после полового контакта
2. прием противовирусных лекарственных препаратов
3. связь заболевания с острой респираторной вирусной инфекцией
4. наследственная предрасположенность

**Правильный ответ: появление высыпаний через 3 месяца после полового контакта**

Классический вторичный период сифилиса наступает в среднем через 2-3 месяца после инфицирования, обусловлен гематогенной диссеминацией инфекции на фоне развития инфекционного иммунитета и проявляется: высыпаниями на коже и/или слизистых оболочках.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем, 2016

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Сифилис, 2024 г.

(1)

(2)

### 3. Вопрос

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза являются

1. папулы
2. эрозии
3. корки
4. пузырьки

**Правильный ответ: папулы**

При вторичном сифилисе везикулезный сифилид состоит из папул, на вершине которых образуется пузырек, его содержимое быстро сохнет в корочку. Папулы могут группироваться, образуя бляшки медно-красного цвета размером с ноготь мизинца и больше; такой очаг имеет резкие границы, плотноэластическое основание, сгруппированные мелкие пузырьки на поверхности. После разрешения остается пигментированное пятно с мельчайшими рубчиками, которые постепенно сглаживаются. Субъективные ощущения отсутствуют.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем, 2016

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Сифилис, 2024 г.

(1)

### 4. Вопрос

Диагнозом, соответствующим данной клинической ситуации, является

1. Ветряная оспа
2. Токсико-аллергический дерматит
3. Герпетическая пузырчатка

## 4. Вторичный сифилис

### Правильный ответ: Вторичный сифилис

При вторичном сифилисе везикулезный сифилид встречается крайне редко. Состоит из папул, на вершине которых образуется пузырек, его содержимое быстро сохнет в корочку. Папулы могут группироваться, образуя бляшки медно-красного цвета размером с ноготь мизинца и больше; такой очаг имеет резкие границы, плотноэластическое основание, сгруппированные мелкие пузырьки на поверхности. После разрешения остается пигментированное пятно с мельчайшими рубчиками, которые постепенно сглаживаются. Субъективные ощущения отсутствуют.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем, 2016

(1)

Позитивные результаты нетрепонемного (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) в количественном варианте постановки и трепонемного (РПГА, ИФА IgM{plus}IgG, ИБ, ИХЛ, ИХГ) тестов при исследовании крови.

(2)

Клинические рекомендации Минздрава России. Сифилис, 2024 г.

(1)

(2)

(3)

## 3. Лечение

### 5. Вопрос

Препаратом выбора для лечения больных вторичным сифилисом в амбулаторных условиях является

1. карбенициллидинариевая соль
2. ампициллина натриевая соль

#### 3. бензатина бензилпенициллин

4. оксациллина натриевая соль

### Правильный ответ: бензатина бензилпенициллин

Для лечения сифилиса рекомендуется применять следующие лекарственные препараты:

\* Бензатина бензилпенициллин (дюранный);

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем, 2016

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Сифилис, 2024 г.

(1)

### 6. Вопрос

Разовая доза бензатина бензилпенициллин при лечении взрослых больных вторичным сифилисом составляет \_\_\_\_ млн. ЕД

#### 1. 2,4

2. 1,2

3. 7,2

4. 4,8

**Правильный ответ: 2,4**

Рекомендуется для специфической терапии взрослых больных вторичным сифилисом Бензатина бензилпенициллин по 2,4 млн. ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 6 инъекций.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем, 2016

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Сифилис, 2024 г.

(1)

## 7. Вопрос

При лечении взрослых больных вторичным сифилисом рекомендуется назначить \_\_\_\_\_ внутримышечных инъекций бензатина бензилпенициллин

1. 4

2. 3

3. 2

4. 6

**Правильный ответ: 6**

Рекомендуется для специфической терапии взрослых больных вторичным сифилисом Бензатина бензилпенициллин по 2,4 млн. ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 6 инъекций.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем, 2016

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Сифилис, 2024 г.

(1)

## 8. Вопрос

Препаратом выбора для лечения больных вторичным сифилисом в стационарных условиях является

1. бензилпенициллина натриевая соль

2. тобрамицин

3. амикацин

4. ванкомицин

**Правильный ответ: бензилпенициллина натриевая соль**

Рекомендуется для лечения больных вторичным сифилисом в стационарных условиях назначение бензилпенициллина натриевой соли кристаллической.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем, 2016

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Сифилис, 2024 г.

(1)

## 9. Вопрос

Суточная доза бензилпенициллина натриевой соли при лечении взрослых больных вторичным сифилисом составляет +\_\_+ млн. ЕД

1. 2

2. 8

3. 4

4. 6

**Правильный ответ: 6**

Рекомендуется для специфической терапии взрослых больных вторичным сифилисом бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 суток.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем, 2016

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Сифилис, 2024 г.

(1)

## 10. Вопрос

Продолжительность лечения бензилпенициллина натриевой солью при лечении взрослых больных вторичным сифилисом составляет +\_\_+ суток

1. 20

2. 10

3. 28

4. 14

**Правильный ответ: 28**

Рекомендуется для специфической терапии взрослых больных вторичным сифилисом бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 суток.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем, 2016

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Сифилис, 2024 г.

(1)

## 4. Вариатив

## 11. Вопрос

Клинико-серологический контроль после окончания специфического лечения в течение первого года наблюдения осуществляют 1 раз в +\_\_+ месяца

1. 2

2. 1,5

3. 4

4. 3

**Правильный ответ: 3**

Рекомендуется клинико-серологический контроль (КСК) после окончания специфического лечения осуществлять 1 раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения и 1 раз в 6 месяцев в последующие годы с постановкой нетрепонемных тестов.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем, 2016

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Сифилис, 2024 г.

(1)

## 12. Вопрос

Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, показано двукратное клинико-серологическое обследование, у которых с момента контакта прошло не более +\_\_+ месяцев

1. 5

2. 8

3. 6

4. 4

**Правильный ответ: 4**

Рекомендуется следующее ведение контактных лиц: лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, у которых с момента контакта прошло не более 2 месяцев, показано превентивное лечение. Лицам, у которых с момента контакта с больным ранним сифилисом прошло от 2 до 4 месяцев, проводится двукратное клинико-серологическое обследование с интервалом в 2 месяца; если с момента контакта прошло более 4 месяцев, проводится однократное клинико-серологическое обследование.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем, 2016

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Сифилис, 2024 г.

(1)

# Дерматовенерология - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Дерматовенерология

## 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

### 1.1. Ситуация

Мужчина 19 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

### 1.2. Жалобы

Жалобы на высыпания на коже волосистой части головы.

### 1.3. Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение трех недель, когда впервые обнаружил высыпания на волосистой части головы, сопровождающиеся болевыми ощущениями. На фоне этого отметил подъем температуры и ухудшение общего самочувствия.

### 1.4. Анамнез жизни

- \* Пастух, проживает в сельской местности
- \* Хронические заболевания отрицает
- \* Не курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* У родителей заболеваний кожи не было

### 1.5. Объективный статус

Очаг круглой формы размером до 10 см, покрытый массивными гнойно-кровянистыми корками. Кожа в очаге резко гиперемирована. При нажатии на очаг из отверстий волосяных фолликулов выделяется гной. Волосы в очаге расшатаны и легко удаляются. Вокруг очага наблюдаются единичные отсевы.

## 1. План обследования

### 1. Вопрос

Для постановки диагноза необходимо проведение

1. биопсии
2. йодной пробы
3. исследования на акантолитические клетки

### 4. микроскопического исследования на грибы

**Правильный ответ: микроскопического исследования на грибы**

Для постановки диагноза трихофитии рекомендуется основываться на данных клинической картины и результатах лабораторных исследований: микроскопического исследования на грибы (не менее 4 раз), культурального исследования для идентификации вида возбудителя.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

Раздел 2.3 Лабораторная диагностика.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

(1)

## 3. Результаты обследования



### 3.1. Микроскопическое исследование на грибы

Извитые нити септированного мицелия, волос заполнен крупными спорами гриба

### 3.3. Биопсия

Специфических изменений не обнаружено

## 2. Диагноз

### 2. Вопрос

Наиболее вероятным диагнозом в данной ситуации является

1. Руброфития
2. Подрывающий фолликулит Гоффмана

### 3. Трихофития

4. Фурункул

#### Правильный ответ: Трихофития

Зооантропонозной трихофитией чаще болеют сельские жители.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

Раздел 1.3 Эпидемиология.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

(1)

Инфильтративно-нагноительную (зооантропонозную), обусловленную зоофильными грибами (*Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* и *Trichophyton verrucosum*), паразитирующими на животных. Зоофильные трихофитоны отличаются преимущественным расположением вокруг волоса и в эпителии внутреннего волосяного влагалища. Вызываемое ими поражение кожи – инфильтративно-нагноительная (глубокая) трихофития – характеризуется образованием перифолликулярного воспалительного инфильтрата, приводящего к гнойному расплавлению волосяных фолликулов и окружающей соединительной ткани.

1.2 Этиология и патогенез.

(2)

Для постановки диагноза трихофитии рекомендуется основываться на данных клинической картины и результатах лабораторных исследований: микроскопического исследования на грибы (не менее 4 раз), культурального исследования для идентификации вида возбудителя.

Раздел 2.3 Лабораторная диагностика.

(3)

## 5. Диагноз

### 5.1. Трихофития

### 3. Вопрос

Для постановки диагноза микроскопическое исследование на грибы должно быть не менее + \_\_\_\_ + раз с результатом «положительно»

1. 3
2. 2

### 3. 4

#### 4. 1

##### Правильный ответ: 4

Для постановки диагноза трихофитии рекомендуется основываться на данных клинической картины и результатах лабораторных исследований: микроскопического исследования на грибы (не менее 4 раз), культурального исследования для идентификации вида возбудителя.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

Раздел 2.3 Лабораторная диагностика.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

(1)

### 4. Вопрос

Инфильтративно-нагноительную трихофитию вызывает вид рода *Trichophyton*

1. *\_schonleinii\_*

2. *\_rubrum\_*

3. *\_canis\_*

4. *\_verrucosum\_*

##### Правильный ответ: *\_verrucosum\_*

*Trichophyton* – род паразитических грибов, вызывающих у человека поверхностную трихофитию (*T. tonsurans*, *T. violaceum*, *T. equinum*), инфильтративно-нагноительную трихофитию (*T. mentagrophytes* var. *granulosum*, *T. verrucosum*), фавус (*T. schonleinii*), руброфитию (*T. rubrum*), эпидермофитию стоп (*T. mentagrophytes* var. *interdigitale*) и черепицеобразный лишай (*T. concentricum*).

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

Раздел Термины и определения.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

(1)

### 3. Лечение

### 5. Вопрос

В качестве терапии больному можно назначить

1. нистатин

2. вориконазол

3. флуконазол

4. гризеофульвин

##### Правильный ответ: гризеофульвин

Гризеофульвин перорально с чайной ложкой растительного масла 12,5 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема (не более 1,0 г в сутки) ежедневно до второго отрицательного микроскопического исследования на наличие грибов (обычно 3-4 недели), затем через день в течение 2 недель, далее 2 недели 1 раз в 3 дня.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

Раздел 3.1 Консервативное лечение.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

(1)

## 6. Вопрос

Гризеофульвин назначают в дозировке + \_\_\_\_ + мг/кг

- 1
- 50
- 5

**4. 12,5**

**Правильный ответ: 12,5**

Гризеофульвин перорально с чайной ложкой растительного масла 12,5 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема (не более 1,0 г в сутки) ежедневно до второго отрицательного микроскопического исследования на наличие грибов (обычно 3-4 недели), затем через день в течение 2 недель, далее 2 недели 1 раз в 3 дня.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

Раздел 3.1 Консервативное лечение.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

(1)

## 7. Вопрос

Для лучшего усваивания гризеофульвин принимают вместе с

- кусочком сахара
- грейпфрутовым соком
- молоком

**4. растительным маслом**

**Правильный ответ: растительным маслом**

Гризеофульвин перорально с чайной ложкой растительного масла 12,5 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема (не более 1,0 г в сутки) ежедневно до второго отрицательного микроскопического исследования на наличие грибов (обычно 3-4 недели), затем через день в течение 2 недель, далее 2 недели 1 раз в 3 дня.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

Раздел 3.1 Консервативное лечение.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

(1)

## 8. Вопрос

Для ускорения рассасывания очага на голове можно использовать

1. гентамициновую мазь
2. мазь с бетаметазоном
3. фукорцин

### 4. примочки с ихтиолом

**Правильный ответ: примочки с ихтиолом**

Для лечения инфильтративно-нагноительной формы изначально рекомендуется применять наружно антисептики и противовоспалительные лекарственные средства (в виде примочек и мазей): ихтиол, мазь 10% 2-3 раза в сутки в течение 2-3 дней.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

Раздел 3.1 Консервативное лечение.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

(1)

## 9. Вопрос

Чтобы лечение считалось окончанным необходимо \_\_\_\_ отрицательных (-ого) анализов (-а)

1. 1
2. 3
3. 2
4. 4

**Правильный ответ: 3**

Лечение считается законченным при трех отрицательных результатах исследования, проводимого с интервалами 5-7 дней.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

Раздел 3.1 Консервативное лечение.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

(1)

## 10. Вопрос

Во время лечения необходимо ограничить

1. инсоляцию
2. водные процедуры
3. физические нагрузки
4. потребление углеводов

**Правильный ответ: водные процедуры**

Диссеминации способствует мытье с растиранием очагов мочалкой.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития.

2016 г.

Раздел 1.6 Клиническая картина.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

(1)

## 4. Вариатив

### 11. Вопрос

Фактором риска у данного больного можно считать

1. пол
2. возраст
3. семейное положение

#### 4. род занятий

**Правильный ответ: род занятий**

Зооантропонозной трихофитией чаще болеют сельские жители.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

Раздел 1.3 Эпидемиология.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

(1)

### 12. Вопрос

При трихофитии волосы обломаны на расстоянии + \_\_\_\_ + мм

1. 1-2
2. 3-4
3. 5-6
4. 7-8

**Правильный ответ: 1-2**

Здоровые волосы в очагах разрежены за счет того, что больные волосы обломаны на высоте 1-2 мм над кожей.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

Раздел 1.6 Клиническая картина.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Трихофития. 2016 г.

(1)