

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

Кафедра кожных и венерических болезней

**ФОНД  
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

## **Перечень оценочных материалов**

### **Раздел 1. Неинфекционные болезни кожи.** (Собеседование по контрольным вопросам)

Контрольные вопросы:

#### **Тема 1 Аллергодерматозы: дерматит, токсикодермии, экзема.**

1. *Дерматиты от воздействия химических факторов, клиника, дифференциальная диагностика и лечение.*
2. *Клинические формы дерматитов и особенности их проявления у детей.*
3. *Контактные дерматиты, клинические разновидности, течение, диагностика, лечение, профилактика.*
4. *Дерматиты, медикаментозные, клинические формы, методы диагностики, лечения, токсикодермии.*
5. *Дерматиты профессиональные, их клинические формы, течение, диагностика, лечение, профилактика.*
6. *Токсикодермия, этиология, патогенез, клинические разновидности, диагностика, лечение.*
7. *Экзема. Этиология, патогенез, клинические разновидности, поражение слизистой оболочки.*
8. *Экзема истинная, клиника, диагностика, лечение, вопросы диспансеризации.*

#### **Тема 2 Многоформная экссудативная эритема. Крапивница. Ангионевротический отек Квинке.**

9. *Атопический нейродермит, клиническая характеристика возрастной эволюции, лечение.*
10. *Атопический дерматит. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.*
11. *УК РФ Статья 124. Неоказание помощи больному*
12. *Клинические формы крапивницы, патогенез, течение, лечение.*
13. *Крапивница. Этиология, клиника, диагностика, диффдиагностика и лечение.*
14. *Почесуха. Особенности клиники, течение, терапия, осложнения. Санаторно-курортное лечение.*
15. *Экссудативный диатез как проявление аллергии.*
16. *Розовый лишай.*

#### **Тема 3 Синдром Стивенса – Джонсона. Синдром Лайелла. Гиперкератозы.**

17. *Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз).*
18. *Участие кожи в обмене веществ (водном, солевом, белковом).*
19. *Возрастная эволюция кожи и её особенности у детей, взрослых и стариков*
20. *Внутриутробное формирование эпидермиса, дермы и гиподермы.*
21. *Физиологическое и защитное значение целостности кожи.*
22. *Строение и функции мальпигиева слоя кожи.*
23. *Кератин и его физиологическое значение.*
24. *Пигмент меланин и его физиологическое значение.*
25. *Строение и функции собственно кожи и собственно слизистой.*
26. *Подкожный жировой слой и его особенности у детей грудного возраста.*
27. *Придатки кожи (волосы и ногти)*
28. *Строение волоса и их разновидности.*
29. *Строение ногтя.*
30. *Железистый аппарат кожи.*
31. *Кровеносная и лимфатическая система кожи.*
32. *Иннервация кожи и слизистой.*
33. *Основные физиологические функции кожи у детей и взрослых.*
34. *Строение и функции эпидермиса кожи и эпителия слизистой.*
35. *Первичные морфологические элементы содержащие инфильтрат.*
36. *Первичные морфологические элементы содержащие экссудат.*
37. *Первичные морфологические элементы и их морфологические особенности.*
38. *Вторичные морфологические элементы.*
39. *Экзогенные и эндогенные факторы в этиологии кожных заболеваний.*
40. *Полиморфизм истинный и ложный.*
41. *Методика обследования больных с заболеваниями кожи.*

42. Специальные дерматологические методы клинического исследования больных.
43. Своеобразие и особенности дерматозов у детей.

#### **Тема 4 Дисхромии. Фотодерматозы. Хейлиты. Болезни волос. Наследственные генодерматозы**

44. Кератодермии очаговая, диффузная
45. Дисхромии.
46. Собственно хейлиты. Патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
47. Клинические формы хейлитов, их клиника, осложнение и методы лечения
48. Врожденный буллезный эпидермолиз
49. Врожденная патология волос
50. Фотодерматозы.

#### **Раздел 2. Системные заболевания с поражением кожи и слизистых.** (Собеседование по контрольным вопросам)

Контрольные вопросы:

##### **Тема 1 Центробежная эритема Бiettта.**

1. Центробежная эритема Бiettта.

##### **Тема 2 Дискоидная красная волчанка. Диссеминированная красная волчанка. Системная красная волчанка.**

2. Красная волчанка, классификация, клиника и стадии развития дискоидной красной волчанки.
3. Красная волчанка красной каймы губ, классификация, клиника, лечение.

**Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:**

- ✓ Осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек;
- ✓ Пальпация, поскобливание, диаскопия ;
- ✓ Воспроизведение и оценка дермографизма;
- ✓ Люминисцентная диагностика грибковых заболеваний;
- ✓ Проведение и оценка пробы Бальцера;
- ✓ Определение симптома Никольского;
- ✓ Определение симптомов (триады) псориаза;
- ✓ Взятие материала (чешуек, волос, ногтей) для исследования на грибы;
- ✓ Методика применения наружных дерматологических форм (примочки, пасты, крема, мази)

##### **Тема 3 Поражение кожи при системной красной волчанке.**

4. Красная волчанка. Этиология, классификация, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.
5. Клинические формы красной волчанки.

##### **Тема 4 Склероатрофический лишай.**

6. Склероатрофический лишай.

##### **Тема 5 Диффузная склеродермия. Системная склеродермия**

7. Склеродермия. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.
8. Диффузная склеродермия. Системная склеродермия

#### **Раздел 3. Васкулиты, атрофии и гипертрофии кожи.** (Собеседование по контрольным вопросам)

Контрольные вопросы:

##### **Тема 1 Этиология и патогенез васкулитов. Классификация васкулитов. Общая симптоматология васкулитов.**

1. Этиология и патогенез васкулитов.
2. Классификация васкулитов. Общая симптоматология васкулитов.

## **Тема 2 Пойкилодермия врожденная Томсона Акрогерия семейная Готтрона.**

3. *Пойкилодермия врожденная Томсона.*
4. *Акрогерия семейная Готтрона.*

### **Раздел 4 . Зудящие дерматозы. (Собеседование по контрольным вопросам)**

Контрольные вопросы:

#### **Тема 1 Кожный зуд. Строфулюс. Пруриго взрослых. Узловатое пруриго.**

1. *Почесуха. Особенности клиники, течение, терапия, осложнения. Санаторно-курортное лечение.*
2. *Кожный зуд. Профилактика и дифференциальная диагностика.*
3. *Строфулюс. Особенности клиники, течение, терапия, осложнения*
4. *Пруриго взрослых. Особенности клиники, течение, терапия, осложнения*
5. *Узловатое пруриго. Особенности клиники, течение, терапия, осложнения*

## **Тема 2 Нейродермит ограниченный (лишай Видаля). Клиническая картина атопического дерматита. Классификация по возрастным периодам.**

6. *Ограниченный нейродермит у взрослых.*
7. *Клинические формы крапивницы, патогенез, течение, лечение.*
8. *Крапивница. Этиология, клиника, диагностика, дифдиагностика и лечение*

## **Тема 3 Клинические формы атопического дерматита. Диагностика атопического дерматита.**

9. *Атопический нейродермит, клиническая характеристика возрастной эволюции, лечение.*
10. *Атопический дерматит. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.*

### **Раздел 5 . Лихены. (Собеседование по контрольным вопросам)**

Контрольные вопросы:

#### **Тема 1 Красный плоский лишай. Вульгарный псориаз. Блестящий лишай.**

1. *Клинические разновидности псориаза.*
2. *Псориаз, его клинические формы и поражения слизистых оболочек полости рта.*
3. *Псориаз. Этиология, патогенез, клинические формы, течение, диагностика, лечение, диспансеризация.*
4. *Чешуйчатый лишай. Клиника, диагностика, лечение.*
5. *Красный плоский лишай. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.*
6. *Блестящий лишай. Клиника, диагностика.*

**Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:**

- ✓ *Поскабливание;*
- ✓ *Определение симптомов (триады) псориаза;*
- ✓ *Метод просветления при красном плоском лишае*

### **Раздел 6 . Профессиональные болезни кожи. (Собеседование по контрольным вопросам)**

Контрольные вопросы:

#### **Тема 1 Профессиональные дерматозы. Распространенность профессиональных дерматозов. Этиология профессиональных дерматозов.**

1. *Профессиональные дерматозы. Распространенность профессиональных дерматозов. Этиология профессиональных дерматозов.*

#### **Тема 2 Классификация химических веществ по их действию на кожу. Патогенез профессиональных аллергических болезней кожи.**

2. *Классификация химических веществ по их действию на кожу. Патогенез профессиональных*

аллергических болезней кожи.

**Раздел 7. Атрофии и гипертрофии кожи.** (Собеседование по контрольным вопросам)

Контрольные вопросы:

**Тема 1 Старческие атрофии и дистрофии. Врожденная гипоплазия кожи. Синдромы преждевременного старения.**

1. Старческие атрофии и дистрофии.
2. Врожденная гипоплазия кожи.
3. Синдромы преждевременного старения.

**Тема 2 Гипертрофические рубцы. Келоид.**

4. Гипертрофические рубцы. Келоид.

**Тема 3 Склеродермоподобные заболевания. Склередема взрослых Бушке. Склерема новорожденных. Дерматосклероз при расстройствах циркуляции.**

5. Склеродермоподобные заболевания.
6. Склередема взрослых Бушке.
7. Склерема новорожденных.
8. Дерматосклероз при расстройствах циркуляции.

**Раздел 8. Пузырные и вирусные дерматозы.** (Собеседование по контрольным вопросам)

Контрольные вопросы:

**Тема 1 Пузырчатка вульгарная. Буллезный пемфигоид. Герпетиформный дерматит Дюринга. Опоясывающий герпес. Простой герпес. Бородавки. Контагиозный моллюск.**

1. Пемфигоид. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
2. Пузырчатка. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Клинические формы пемфигуса, клиника, диагностика, диффдиагностика, лечение.
4. Себорейная пузырчатка, этиология, патогистология, клиника, диффдиагностика и лечение
5. Болезнь Дюринга. Этиология, патогенез, клиника, ддиагносика, лечение.
6. Вирусные дерматозы (герпес, бородавки, остроконечные кондиломы). Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.
7. Остроконечные кондиломы и их отличие от широких кондилом
8. Простой пузырьковый лишай, особенности поражения слизистых полости рта.
9. Опоясывающий лишай.

**Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:**

- ✓ Проведение и оценка симптома Асбо-Хансена
- ✓ Верификация симптома «груши»
- ✓ Проведение и оценка краевого симптома Никольского
- ✓ Определение симптома Никольского
- ✓ Проба Ядассона

**Раздел 9. Дисхромические дерматозы.** (Собеседование по контрольным вопросам)

Контрольные вопросы:

**Тема 1 Меланодермии. Генерализованная меланодермия.**

**Ограниченная меланодермия. Токсическая меланодермия.**

1. Меланодермии. Генерализованная меланодермия.
2. Ограниченная меланодермия. Токсическая меланодермия.

**Тема 2 Ахромии. Альбинизм.**

3. Ахромии. Альбинизм.

**Тема 3 Витилиго.**

4. Витилиго.

**Тема 4 Профессиональная лейкодерма.**

5. Профессиональная лейкодерма.

**Раздел 10. Инфекционные и паразитарные болезни кожи.** (Собеседование по контрольным вопросам)

Контрольные вопросы:

**Тема 1 Стептодермии. Стафилодермии**

1. Множественные абсцессы (псевдофурункулез) , клиника, диагностика, лечение.
2. Эпидемиологическая пузырчатка новорожденных. Дерматит Риттер фон Риттерсхайма (осложнение стафилодермии).
3. Клинические разновидности стафилодермии новорожденных
4. Стрептококковые пиодермиты, их разновидности, течение, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.
5. Стафилококковые пиодермиты, их разновидности, течение, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.

#### **Тема 2 Туберкулез кожи**

6. Клинические формы туберкулезной волчанки.
7. Туберкулезная волчанка, поражение слизистой полости рта при этом.
8. Туберкулез кожи. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.
9. Коликвативный туберкулез кожи.
10. Скрофулодерма. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.
11. Язвенный туберкулез кожи.
12. Бородавчатый туберкулез кожи, эпидемиология, клиника, дифдиагностика, профилактика.
13. Диссеминированные формы туберкулеза кожи. Классификация, клиника, течение, исход. Диагностика, лечение, профилактика.

**Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:**

- ✓ Осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек;
- ✓ Пальпация, поскобливание, диаскопия ;
- ✓ Симптом проваливания зонда
- ✓ Симптом яблочного желе

#### **Тема 3 Паразитарные заболевания кожи. Тропические дерматозы**

14. Клинические особенности атипичных форм чесотки, постскабиозная лимфоплазия кожи.
15. Чесотка, особенности, клиника и эпидемиология в последние годы. Методы диагностики и лечения. Профилактика, скабиозорий.

#### **Тема 4 Лейшманиоз. Лепра.**

16. Лепра. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.
17. Лепра, лепроматозная форма. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение. Поражение слизистых полости рта.
18. Пограничный тип лепры, этиопатогенез, клиника, дифдиагностика, лечение. Профилактика лепры у детей, рожденных больной лепрой матерью
19. Лейшманиоз. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.
20. Лейшманиоз остро некротизирующий, распространение, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

### **Раздел 11. Микозы. (Собеседование по контрольным вопросам)**

Контрольные вопросы:

#### **Тема 1 Кератомикозы, дерматомикозы**

1. Классификация грибковых заболеваний.
2. Эпидемиология грибковых заболеваний.
3. Отрубевидный лишай, клиника, диагностика, диф. диагностика. лечение.
4. Эпидермофития и ее клинические разновидности.
5. Микроспория волосистой части головы, вызванная ржавым микроспорумом.
6. Трихофития волосистой части головы (поверхностная).
7. Инфильтративно-нагноительная форма трихофитии.

**Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:**

- ✓ Осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек;
- ✓ Пальпация, поскобливание, диаскопия ;
- ✓ Воспроизведение и оценка дермографизма;
- ✓ Люминисцентная диагностика грибковых заболеваний;
- ✓ Проведение и оценка пробы Бальцера;
- ✓ Взятие материала (чешуек, волос, ногтей) для исследования на грибы;

- ✓ Методика применения наружных дерматологических форм (примочки, пасты, крема, мази)

## Тема 2 Кандидоз. Глубокие микозы

8. Онихомикозы и их роль в эпидемиологии грибковых заболеваний.
9. Фавус. Этиология, Эпидемиология, клиника, лечение.
10. Кандидозы. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.

## Раздел 12. Новообразования кожи. (Собеседование по контрольным вопросам)

Контрольные вопросы:

### Тема 1 Доброкачественные и злокачественные новообразования. Предраковые заболевания кожи.

1. Папиллома
2. Кожный рог
3. Кератоакантома
4. Фиброма.
5. Гемангиома
6. Лимфангиома.
7. Эпулид.
8. Эозинофильная гранулема
9. Ретенционная киста

### Тема 2 Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.

#### Классификация, Диагностика. Лечение

10. Лейкоплакия
11. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти
12. Бородавчатый, или узелковый, предрак красной каймы губ
13. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ
14. Болезнь Боуэна

## Тестовый контроль

? Точечные кровоизлияния диаметром до 1см называют

- ! пурпурой
- !+ петехией
- ! гематомой
- ! экхимозом

? Клинической формой экземы является

- ! крапивница
- ! дистальный дисгидроз
- !+ дисгидротическая
- ! пруриго

? Больному токсидермией назначать диуретические средства следует с учётом показателей

- ! электролитов в крови
- ! мочевины в крови
- !+ артериального давления
- ! клиренса креатинина

? Начальная доза преднизолона при тяжелой форме токсидермии должна составлять не менее \_\_\_\_ мг в сутки

- ! 25
- ! 15
- ! 20
- !+ 30

**Клятвы, в которых отражаются этические нормы поведения:**

- А) Врачебная клятва;
- Б) Клятва медицинской сестры России;
- +В) Все ответы верны.

**Впервые термин этика для обозначения науки применил:**

- А) Пифагор;
- Б) Сократ;
- +В) Аристотель.

**Биоэтика – это:**

- +А) Социальные, этические последствия применения биомедицинских технологий;
- Б) Защита автономии человека;
- В) Поддержание престижа профессии врача и медсестры.

**Деонтология – это:**

- А) Наука, изучающая ответственность медицинских работников;

+Б) Наука о должном поведении с учетом морали, этики;

В) Наука о новейших достижениях в медицине.

**К вам обратился обучающийся в трудную минуту, ища у вас сочувствия. Как вы поступите?**

А. Дадите совет, как справиться с трудностями.

Б. Просто выслушаете и посочувствуете.

+В. Будете помогать.

**Вы собираетесь на экзамен, но мама просит остаться с младшим братом, которому 5 лет, обещая быстро вернуться. Проходит время, мама не возвращается. Что вы будете делать?**

А. Уйдете, наказав брату вести себя хорошо.

Б. Будете ждать.

+В. Найдете другой выход

**Вас перевели в новую группу обучающихся, где вас не знают. Как вы будете себя вести, чтобы вас признали?**

А. Больше говорить.

Б. Больше слушать.

+В. Найдете другие способы

**Как бы вы повели себя с человеком, который вам неприятен?**

А. Не станете замечать его.

Б. Все равно будете с ним общаться.

+В. Преодолеете себя и будете искать в нем хорошее.

**Если бы вам предложили провести урок в группе, как бы вы поступили?**

А. Не согласитесь.

Б. Попросите дать возможность подумать.

+В. Согласитесь

**Вы входите в чистое помещение, и на ваших глазах кто-то из входивших бросил на пол фантик от конфет. Что вы будете делать?**

А. Пристыдите.

Б. При всех начнете убирать сами.

+В. Прибегнете к намеку

**Вы допустили ошибку, и вам на это указали. Как вы себя поведете?**

А. Сделаете вид, что не замечаете.

Б. Скажите, что перебивать нетактично.

+В. Признаете ошибку.

**Тема 2 Многоформная экссудативная эритема. Крапивница. Ангионевротический отек Квинке.**

? Блокаторы H1-гистаминовых рецепторов 2 поколения при крапивнице применяют до исчезновения высыпаний и в течение \_\_\_\_ недель после исчезновения высыпаний

! 3

! 6

! 2

!+ 4

? При резистентности больного хронической идеопатической крапивницей к проводимой терапии блокаторами H1-гистаминовых рецепторов показано применение

! эпинефрина

! адалимумаба

!+ омализумаба

! преднизолона

?К основным лекарственным средствам при лечении крапивницы относят

!антибиотики

!+антигистаминные препараты

!цитостатики

!муколитические препараты

?Диагноз «токсический эпидермальный некролиз» устанавливают при поражении \_\_\_\_ % кожного покрова

!менее 10

!+более 30

!более 50

!!10-30

**Тема 3 Синдром Стивенса – Джонсона. Синдром Лайелла. Гиперкератозы.**

? Для обработки эрозий у больных синдромом Стивенса-Джонсона рекомендуют

! кремы с антибактериальными препаратами

! кремы с кортикостероидными препаратами

!+ анилиновые красители

! раствор с повидоном-йода

? Гиперкератоз характеризуется утолщением \_\_\_\_\_ слоя

! мальпигиевого

!+ рогового

! шиповидного



! эпидермиса

? Утолщение шиповатого слоя в результате повышения скорости пролиферации кератиноцитов базального и супрабазальных слоев эпидермиса с повышением в них энергетического обмена и митотической активности, называют

! гранулезом

! спонгиозом

! папилломатозом

!+ акантозом

? Преднизолон при синдроме Стивенса-Джонсона рекомендуется назначать внутримышечно или внутривенно в дозе \_\_\_\_\_ мг в сутки

!+ 90-150

! 40-80

! 500-1000

! 12-20

? Удлинение, нередко с разветвлением сосочков дермы, неравномерно приподнимающих над собой эпидермис, является

!+ папилломатозом

! дискератозом

! спонгиозом

! гиперкератозом

**ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛИ У ПАЦИЕНТА С**

**ТОКСИКОДЕРМИЕЙ ЭТО**

- 1) госпитализация при общих явлениях (повышение температуры)
- 2) госпитализация при болезненной диффузной эритеме
- 3) дезинтоксикационная терапия (гемодез, физиологический раствор)
- 4) инъекции аскорбиновой кислоты

**Тема 4 Дисхромии. Фотодерматозы. Хейлиты. Болезни волос. Наследственные генодерматозы**

? Выпадение волос сочетается с дистрофией ногтей при

! синдроме Унны

! синдроме Гроба

! синдроме Штейна-Левенталя

!+ тяжелой форме тотальной алопеции

? Наиболее частым осложнением фототерапии является

!+ эритема

! катаракта

! гиперпигментация

! лихенификация

? Основой патогенеза пигментной ксеродермы является

! нарушение порфиринового обмена

!+ нарушение репарации ДНК

! снижение активности тирозиназы

! повышение активности коллагеназы

По характеру клинического течения хейлиты бывают:

- 1) Острой, хронической
- 2) Поверхностной, глубокой
- 3) Прогрессирующей, стационарной
- 4) Регрессивной, ремиссия

1. Дифференциальную диагностику эксфолиативного хейлита не проводят:

- 1) Актиническим хейлитом
- 2) Листовидной пузырьчаткой
- 3) Экссудативной эритемой
- 4) Разноцветным лишаем

Заболевание, характеризующееся диффузным воспалением губ, развивающаяся под воздействием инсоляции, ветра, высокой или низкой температурой окружающей среды называется ...:

- 1) Гландулярный хейлит
- 2) Экзематозный хейлит
- 3) Метеорологический хейлит
- 4) Эксфолиативный хейлит

Заболевание, представляющее собой воспаление «перемещенных» красную кайму губы слизистых желез называется ...:

- 1) Гландулярный хейлит
- 2) Экзематозный хейлит
- 3) Метеорологический хейлит
- 4) Эксфолиативный хейлит

Дифференциальную диагностику glandularного хейлита проводят с...:

- 1) Актиническим хейлитом
- 2) Листовидной пузырчаткой
- 3) Экссудативной эритемой
- 4) Отеком Квинке

Какая форма не встречается у экзематозного хейлита?

- 1) себорейная
- 2) листовидная
- 3) микробная
- 4) контактная

При экзематозном хейлите наилучший лечебный эффект получают после применения мазей ...

- 1) Кортикостероидов
- 2) Цитостатиков
- 3) Противовирусных
- 4) Противогрибковых

При хроническом рецидивирующем трещинах губ хороший терапевтический и косметический эффект получают после ...

- 1) хирургического удаления трещин
- 2) применения кортикостероидов и антибиотиков
- 3) применения новокаиновых блокад
- 4) применения лучей Букки

## Раздел 2. Системные заболевания с поражением кожи и слизистых

### Тема 1 Центробежная эритема Бiettа.

? Для исключения болезни Лайма рекомендуется исследование

- ! гистологические биоптата кожи
- ! крови на антитела к тиреоглобулину
- ! крови на наличие антинуклеарных антител
- !+ крови на антитела к боррелиям

### Тема 2 Дискоидная красная волчанка. Диссеминированная красная волчанка. Системная красная волчанка.

? Для лечения ограниченных поражений кожи при дискоидной красной волчанке рекомендовано назначение

- ! метранидазола
- ! азелаиновой кислоты
- ! метилпреднизолона
- !+ флуоцинолона ацетонида
- ? Наиболее высок риск развития дискоидной красной волчанки у лиц с \_\_\_\_ фототипом кожи
- !3
- !2
- !4
- !+1

? Эритема лица относится к проявлениям

- ! болезни Дивержи
- ! псориаза
- ! волосяного кератоза (волосяного лишая)
- !+ красной волчанки

? Участки рубцовой атрофии в пределах эритемы на коже лица являются признаком

- ! кольцевидной гранулемы
- !+ дискоидной красной волчанки
- ! розацеа
- ! красного плоского лишая

Укажите характерный вторичный морфологический элемент при хронической красной волчанке:

- 1) Эрозия
- 2) вегетация
- 3) Корка
- 4) Гиперпигментация

Какой формы красной каймы губ дискоидной красной волчанки не различают:

- 1) Типичную
- 2) Без клинически выраженной атрофии и гиперкератоза
- 3) Эрозивно-язвенную
- 4) Вульгарную

### Тема 3 Поражение кожи при системной красной волчанке.

? Системная красная волчанка чаще всего встречается у

- ! мужчин

! детей  
! подростков  
!+ женщин  
?В длительно существующих очагах при глубокой форме красной волчанки часто развивается  
!+кальцификация  
!келоидный рубец  
!фолликулит  
!изъязвление

#### В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НЕОБХОДИМО

- 1) витаминотерапия в осенний период
- 2) курс инъекций никотинамида для снижения фоточувствительности кожи
- 3) курс (2-5 месяцев) хинолиновых препаратов (делагил) по 1 таблетке на ночь
- 4) весной использование фотозащитных кремов

#### БОЛЬНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ В ЦЕЛЯХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РЕЦИДИВОВ

- 1) не должен переохлаждаться
- 2) должен принимать солнечные ванны
- 3) должен избегать психологических стрессов
- 4) вакцинацию можно проводить только в исключительных случаях и под контролем дерматолога

#### Тема 4 Склероатрофический лишай.

?Отличительным клиническим признаком идиопатической атрофодермии Пазини-Пьерини от других форм склеродермии является отсутствие

!эритемы очагов  
!пигментации очагов  
!+уплотнения кожи  
!западения кожи  
?Локализованная склеродермия характеризуется  
!гипертрофией кожи  
!гипертрихозом  
!+ограниченной атрофией  
!гирсутизмом

#### ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СКЛЕРОДЕРМИИ

- 1) проводит дерматолог при органических формах
- 2) проводит ревматолог при системной форме
- 3) проводится с целью раннего выявления обострений и своевременного назначения лечения
- 4) включает ежеквартальное обследование общего анализа крови, мочи и LE – клеток

#### Тема 5 Диффузная склеродермия. Системная склеродермия

?При подозрении на системную склеродермию необходимо провести исследование крови на содержание антинуклеарного фактора, антител к \_\_\_ и

!кардиолипину; рецептору фосфолипазы А2  
!митохондриям; гладкой мускулатуре  
!циклическому цитруллинированному пептиду, фосфолипидам  
!+топоизомеразам; антицентромерных антител

Иглорефлексотерапия показана при всех перечисленных заболеваниях кожи, кроме:

- а) аллергодерматозов
- б) красного плоского лишая
- +в) пиодермии
- г) псориаза

К побочному действию лекарств относятся

- а) токсические реакции
- б) дисбактериоз
- в) массивный бактериолиз (реакция Геркстеймера)
- г) реакция с особой чувствительностью
- +д) всё перечисленное (+)

Пути введения лекарственных веществ могут быть

- а) внутривенный
- б) внутримышечный
- в) подкожный
- г) эндолимфатический
- +д) все перечисленное

Начало лечения иглорефлексотерапией при хронических заболеваниях возможно во все периоды, кроме

- а) периода обострения
- б) периода стабилизации воспалительного процесса
- +в) периода частичной или полной ремиссии
- г) периода фиксированных сезонных обострений
- д) правильно в) и г)

Лечебное питание больных хронической пиодермией предусматривает в пищевом рационе все перечисленное, кроме

- а) ограничения углеводов
- б) ограничения животных жиров
- +в) увеличения белков
- г) увеличения витаминов

Бактерицидная активность кожи обеспечивается

- а) самоочищением кожи естественным отшелушиванием рогового слоя
- б) стерилизующими свойствами кожи
- в) кислой реакцией поверхности кожи
- г) направлением движения секрета сальных и потовых желез
- +д) всем перечисленным

Биохимические процессы, присущие только коже включают образование:

- а) кератина
- б) меланина
- в) кожного сала
- г) пота
- д) все перечисленное верно
- +е) все кроме б

При задержке испарения кислотность эпидермиса:

- а) снижается
- +б) повышается
- в) не изменяется

Быстрое испарение с кожи приводит к концентрации жирных кислот, что приводит к:

- а) повышению pH (ощелачиванию)
- +б) понижению pH (закислению)

Одним из признаков снижения бактерицидной функции кожи является:

- +а) повышение pH (ощелачивание)
- б) понижение pH (закисление)

#### ЦЕЛЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

- 1) сохранить трудоспособность
- 2) предупреждение рецидивов
- 3) сохранение в состоянии ремиссии
- 4) сохранение тургора кожи и слизистой

#### В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ВХОДЯТ

- 1) поддерживающая терапия Д – пеницилламином
- 2) повторные курсы витаминов
- 3) физиопроцедуры
- 4) ежегодное санаторно-курортное лечение

### Раздел 3. Васкулиты, атрофии и гипертрофии кожи

#### Тема 1 Этиология и патогенез васкулитов. Классификация васкулитов. Общая симптоматология васкулитов.

?Крупное линейное кровоизлияние неправильных очертаний называют

- !+вибицесом
- !пурпурой
- !петехией
- !гематомой

#### Тема 2 Пойкилодермия врожденная Томсона Акрогерия семейная Готтрона.

? Пестрая картина поражения кожи с наличием сетчатых пигментаций, депигментированных Атрофических пятен, мелких эритематозных и телеангиэктатических пятен, характерна для

- ! псевдолейкодермы
- ! лентиго
- !+ пойкилодермии

! витилиго

? Больным розовым лишаем Жибера с ограниченными высыпаниями

! рекомендуется наружная терапия такролимусом

! необходима системная терапия циклоспорином

!+ лекарственная терапия не требуется

? При проведении местного лечения гнездной алопеции используют

! антимикотические средства

!+ средства, нормализующие тканевую трофику

! кортикостероидные мази длительно

! кератолитические средства

#### **Раздел 4. Зудящие дерматозы**

##### **Тема 1 Кожный зуд. Строфулюс. Пруриго взрослых. Узловатое пруриго.**

? Появление высыпаний на лице у 55-летней женщины характерно для

! почесухи взрослых

!+ розацеа

! мелкобляшечного параспориоза

! обыкновенных угрей

? Среди субъективных ощущений у больных буллезным пемфигоидом встречается

!+ зуд

! жжение

! покалывание

! болезненность

**В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ДЕТКОЙ ПОЧЕСУХИ НАДО**

- 1) исключить грудное вскармливание
- 2) изъять синтетическую и шерстяную одежду
- 3) избегать укусов насекомых
- 4) провести дегельминтизацию

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ**

**ПОЧЕСУХЕ ВЗРОСЛЫХ ДОЛЖНЫ БЫТЬ**

**НАПРАВЛЕННЫ НА СЛЕДУЮЩИЕ**

**ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ**

- 1) эндокринные нарушения
- 2) заболевание ЦНС
- 3) дисбактериоз
- 4) диабет

**В ПРОФИЛАКТИКЕ КОЖНОГО ЗУДА НЕОБХОДИМО**

- 1) диета с исключением острой пищи, кофе, алкоголя
- 2) исключить контакт с пруритогенами (стекловата)
- 3) ограничить контакт с огнем
- 4) исключить контакт с водопроводной водой

**К ПРУРИТОГЕНАМ (ВЕЩЕСТВАМ, ПРОВОЦИРУЮЩИМ КОЖНЫЙ ЗУД) ОТНОСЯТСЯ**

- 1) стекловата
- 2) мука
- 3) сыр
- 4) вода

##### **Тема 2 Нейродермит ограниченный (лишай Видаля). Клиническая картина атопического дерматита.**

###### **Классификация по возрастным периодам.**

? Развитию периорального дерматита способствует использование

! спиртосодержащих лосьонов

!+ фторсодержащих зубных паст

! декоративной косметики

! глицеринсодержащих кремов

**В ПРОФИЛАКТИКУ ОГРАНИЧЕННОГО**

**НЕЙРОДЕРМИТА ВХОДИТ ОГРАНИЧЕНИЕ В ПИЩЕ**

- 1) острого и соленого
- 2) копченного
- 3) вареной тыквы
- 4) алкоголя

##### **Тема 3 Клинические формы атопического дерматита. Диагностика атопического дерматита.**

**ПИТАНИЕ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ВКЛЮЧАЕТ**

- 1) исключить цельное молоко
  - 2) еда по часам
  - 3) разгрузочные дни (1-2 раза в неделю)
  - 4) разгрузочные дни (3 раза в неделю)
  - 5) разгрузочные дни (4 раза в неделю)
- ?Пациенту с \_\_\_\_\_ рекомендовано наружное лечение такролимусом

! псориазом обыкновенным

! атопическим дерматитом

! хронической крапивницей

! грибковым микозом

. У РАБОЧЕГО, СТРАДАЮЩЕГО АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, НА ПРОИЗВОДСТВЕ НЕ ДОЛЖНО БЫТЬ

- 1) высокой влажности
- 2) высокой температуры
- 3) низкой температуры
- 4) промышленных антигенов

. ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ РЕКОМЕНДОВАНО ИЗБЕГАТЬ

- 1) эпидермальных антигенов
- 2) переохлаждения
- 3) укусов насекомых
- 4) нарушений личной гигиены
- 5) нарушений в диете

ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА  
ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) ежедневный душ
- 2) ежедневную ванну
- 3) еженедельный душ
- 4) еженедельную ванну
- 5) ничего из перечисленного

ПИТАНИЕ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) исключить цельное молоко
- 2) еда по часам
- 3) разгрузочные дни (1-2 раза в неделю)
- 4) разгрузочные дни (3 раза в неделю)
- 5) разгрузочные дни (4 раза в неделю)

ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) не допустить рецидивов
- 2) удлинить ремиссию
- 3) не допустить генетическую передачу потомству

ДЕТЯМ, РОДИВШИМСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ОТЯГОЩЁННЫМ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ,  
НЕОБХОДИМО

- 1) диспансерное наблюдение у дерматолога и педиатра
- 2) назначение медикаментов только по жизненным Показаниям
- 3) проведение прививок на фоне десенсибилизации
- 4) диета и комфортный температурный режим

ПРОФИЛАКТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) личную гигиену
- 2) ликвидацию дисбактериоза кишечника
- 3) ликвидацию очагов фокальной инфекции
- 4) избегание нервных стрессов

ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ НАДО ИЗБЕГАТЬ КОНТАКТА С ЭПИДЕРМАЛЬНЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ, К  
КОТОРЫМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) перхоть
- 2) волосы
- 3) перья птиц
- 4) шерсть кошек и собак

ПРОФИЛАКТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ДОЛЖНА АКТИВНО ПРОВОДИТЬСЯ В ПЕРИОДЫ  
ФИЗИЧЕСКОГО И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ, К КОТОРЫМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) начало учебы в школе

- 2) день рождения
- 3) праздничные мероприятия
- 4) беременность

. БЕРЕМЕННОЙ, ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ  
АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У  
НОВОРОЖДЕННОГО, НЕОБХОДИМО

- 1) использовать лекарственные препараты только по абсолютным показаниям.
- 2) употреблять цельное молоко
- 3) избегать нервных стрессов
- 4) носить хлопчатобумажное нижнее белье

**Раздел 5. Лихены**

**Тема 1 Красный плоский лишай. Вульгарный псориаз. Блестящий лишай.**

? Псевдоатрофический венчик Воронова наблюдается при

!+ псориазе обыкновенном

! розовом лишае Жибера

! себорейном дерматите

! парапсориазе

? При развитии эффекта «ускользания» на фоне лечения генно-инженерным биологическим препаратом больного с псориазом рекомендуют

! отменить препарат

! увеличить дозировку препарата

! присоединить к терапии тофацитиниб

!+ присоединить к терапии метотрексат

? В прогрессирующую стадию экссудативного псориаза назначают

! антигипертензивный препарат

!+ 2% салициловую мазь

! витамины B12 и ультрафиолетовое облучение (УФО)

! системный глюкокортикостероид

? Препаратом второго ряда при лечении верукозной формы красной волчанки является

! микофенолата мофетил

!+ ацитретин

! лефлуномид

! метотрексат

? Какое патоморфологическое изменение лежит в основе красного плоского лишая

!+ гранулёз

! папилломатоз

! вокуольная дегенерация

! акантолиз

? Резко выраженная реакция Кебнера возникает при сочетании чесотки с

!+ красным плоским лишаем

! склеродермией

! пруриго

! педикулёзом

? К побочным эффектам, возникающим при лечении больного псориазом циклоспорином «А», относят

! артралгии, миалгии

!+ выпадение волос

! изменение уровней глюкозы и мочевины крови

! стероидные язвы

?Для лечения бляшечного псориаза назначают секукинумаб в дозе (в мг)

!250

!150

!200

!+300

?Симптом Ауспитца характерен для

!+псориаза

!микроспории

!пидермии

!разноцветного лишая

?Среди генно-инженерных биологических препаратов для лечения псориаза используют

!алемтузумаб

!+устекинумаб  
!брентускимаб  
!ретуксимаб

## Раздел 6. Профессиональные болезни кожи

### Тема 1 Профессиональные дерматозы. Распространенность профессиональных дерматозов. Этиология профессиональных дерматозов.

В ПРОФИЛАКТИКЕ КОЖНОГО ЗУДА НЕОБХОДИМО

- 1) диета с исключением острой пищи, кофе, алкоголя
- 2) исключить контакт с пруритогенами (стекловата)
- 3) ограничить контакт с огнем
- 4) исключить контакт с водопроводной водой

В ПРОФИЛАКТИКУ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ ВХОДИТ

- 1) орошение рук парами 0,25% соляной кислоты после работы
- 2) использование защитных гидрофильных и гидрофобных мазей
- 3) наличие столовой и душевой на предприятии
- 4) устранение контакта кожи с раздражающими веществами

? На медико-социальную экспертизу направляются граждане при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее \_\_\_ месяцев от даты ее начала

!+ 4

! 5

! 3

! 6

? Посobie по временной нетрудоспособности назначается если обращение за ним последовало не позднее \_\_\_\_\_ месяцев со дня восстановления трудоспособности

! 7

!+ 6

! 16

! 12

? Несколько листов нетрудоспособности по каждому месту работы могут быть выданы при условии работы пациента у нескольких работодателей в течение

! 1 года

!+ 2 лет

! 6 месяцев

! 3 лет

? При наличии ошибок в заполненном листке нетрудоспособности взамен оформляется

! выписной эпикриз

!+ дубликат листка нетрудоспособности

! справка установленной формы

! заверенная копия испорченного листка нетрудоспособности

1. Основным направлением первичной профилактики заболеваний является комплекс мер, направленных:

+а) на предупреждение их возникновения;

б) на предупреждение осложнений возникшего заболевания;

в) на восстановление анатомической и функциональной целостности поврежденных органов;

г) лечения заболеваний.

2. Какое действие является основой профилактической деятельности:

а) изучение факторов риска;

б) проведение скрининга;

в) лечение социально-значимых заболеваний;

+г) изменение образа жизни.

3. Задачами профилактики являются:

+а) увеличение продолжительности активной жизни;

б) профилактика заболеваемости и травматизма;

в) профилактика прогрессирования болезней;

г) укрепление здоровья здоровых.

4. Медицинская профилактика по отношению к населению бывает:

+а) популяционная, групповая, индивидуальная;

б) общественное, групповое, общемировое;

в) групповое, индивидуальное, собственное;

г) только групповое.

5. Вторичная профилактика оценивается по:

а) динамики инвалидности и смертности;

б) снижению летальности и смертности;

+в) динамике первичной заболеваемости;

г) увеличение частоты здоровых лиц в популяции.

6. Оптимальными методами выявления лиц группы риска по возникновению заболеваний являются:

а) скрининг;



- +б) профилактический осмотр;
- в) учет обращаемости;
- г) данные профосмотра.
- 7. Профилактика бывает:
  - а) первичная и вторичная;
  - +б) первичная, вторичная, третичная;
  - в) первичная;
  - г) третичная.
- 8. Первичная профилактика направлена на:
  - +а) предупреждение неблагоприятного влияния факторов внешней среды и условий жизни на отдельного человека, группу лиц и населения в целом;
  - б) сохранение и развитие условий, способствующих здоровью;
  - в) раннее выявление отклонений в жизнедеятельности организма;
  - г) на снижение частоты осложнений заболеваний и летальности.
- 9. Виды медицинских профилактических мероприятий:
  - а) консультирование и медицинские осмотры;
  - б) иммунизация и диспансеризация;
  - +в) все выше перечисленное;
  - г) нет правильного ответа.

**СОТРУДНИКИ СО СТАФИЛОКОККОВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НОСОГЛОТКИ (АНГИНА) НЕ ДОПУСКАЮТСЯ К РАБОТЕ В**

- 1) роддоме
- 2) детском саду (младшая группа)
- 3) школе
- 4) хирургическом стационаре (операционная)
- 5) спортивных объектах

**Тема 2 Классификация химических веществ по их действию на кожу. Патогенез профессиональных аллергических болезней кожи.**

? Пигментные пятна Пейтца-Егерса

! можно удалить только с помощью CO<sub>2</sub> лазера

!+ не требуется специального лечения

! освещаются при проведении курса химических пилингов

! удаляются посредством криодеструкции

? При планировании лечения методом общей ПУВА-терапии у взрослого пациента необходимо получить заключение об отсутствии противопоказаний к фототерапии у врача-терапевта, врача-эндокринолога

! врача-уролога, врача-стоматолога, врача-фтизиатра

!+ врача-офтальмолога, врач-гинеколога (у женщин)

! сердечно-сосудистого хирурга, врача-психиатра-нарколога

! врача-невролога, врача-оториноларинголога

? Кератолитические средства оказывают эффект

! рассасывания воспалительных инфильтратов

! сужения пор

! подавления активности сальных желёз

!+ размягчения с отслаиванием эпидермиса

Участие в осуществлении коллективных мер, направленных на совершенствование методов борьбы с болезнями, относится к:

+А) Моральному долгу;

Б) Психологическому подходу;

В) Невербальному способу.

При оценке роли внешних факторов в патогенезе дерматозов обращают внимание на все, кроме:

а) условий работы

+б) уровня сахара в крови

в) условий быта

г) курения

д) употребления алкоголя

При наложении окклюзионной повязки с гормональной мазью в организм через кожу всасывается:

а) 0,5 % препарата

+б) до 10 % препарата

в) 100 % препарата

г) не всасывается

д) сведения отсутствуют

Деонтология – это:

А) Наука, изучающая ответственность медицинских работников;

- +Б) Наука о должном поведении с учетом морали, этики;
- В) Наука о новейших достижениях в медицине.

Отличительные признаки профессиональной этики медицинских работников является:

- А) Приоритет медицинской науки над интересами пациентов;
- Б) Право на поведение, отклоненное от нормы;
- +В) Осознанный выбор правил поведения.

Оказание медицинской помощи пациенту может осуществляться:

- А) На основании показаний;
- +Б) На основании информативного согласия;
- В) На основании желания родственников

Под понятие преступление попадают следующие действия медицинского работника:

- А) Бездействие, когда была нужна помощь больному;
- Б) Заражение опасной инфекцией;
- +В) Все ответы верны.

Кто обязан сохранять врачебную тайну, кроме врача:

- А) санитарки;
- Б) Медицинские сестры;
- +В) Все ответы верны.

Проявляется в поступках медицинского персонала, представляет практическое применение медико-этических принципов – это:

- А) Эвтаназия;
- Б) Мораль;
- +В) Деонтология.

Поддержание на должном уровне авторитета и репутации профессии, относится к следующему принципу:

- А) Не навреди;
- +Б) Уважение к профессии;
- В) Взаимоотношение с коллегами.

**В ПРОФИЛАКТИКУ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ ВХОДИТ**

- 1) орошение рук парами 0,25% соляной кислоты после работы
- 2) использование защитных гидрофильных и гидрофобных мазей
- 3) наличие столовой и душевой на предприятии
- 4) устранение контакта кожи с раздражающими веществами

**.ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ВЫЗВАННЫХ ФАКУЛЬТАТИВНЫМ РАЗДРАЖИТЕЛЕМ, ВКЛЮЧАЮТ**

- 1) исключить контакт с раздражителем
- 2) сменить рабочее место – правильно трудоустроить
- 3) обследовать состояние желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы и ЦНС

## **Раздел 7. Атрофии и гипертрофии кожи**

**Тема 1 Старческие атрофии и дистрофии. Врожденная гипоплазия кожи. Синдромы преждевременного старения.**

? К жирорастворимым относят витамин

- ! С
- ! В
- !+ А
- ! РР

**Тема 2 Гипертрофические рубцы. Келоид.**

? «Зрелым» считают рубец возрастом более (в месяцах)

- ! 18
- ! 36
- !+ 12
- ! 24

? Вторичным элементом, появляющийся после нарушения целостности дермы, является

- !чешуйка
- !+рубец
- !вегетация
- !узелок

? Гиперкератоз, образующийся при замедлении процесса отшелушивания клеток рогового слоя за счёт избыточного содержания в роговом слое глюкозамингликанов, называют

- !неравномерным
- !+ретенционным
- !папилломатозным
- !пролиферационным

? В результате повышения функциональной активности клеток эпидермиса

На фоне утолщения зернистого и шиповатого слоев наблюдают

- ! неравномерный гранулез
- !+ пролиферационный гиперкератоз
- ! папилломатоз
- ! ретенционный гиперкератоз

**Тема 3 Склеродермоподобные заболевания. Склередема взрослых Бушке. Склерема новорожденных. Дерматосклероз при расстройствах циркуляции.**

?В оптическом спектре ультрафиолетовое излучение занимает диапазон (в микрометрах)

!140-0,76

!0,4-0,002

!+0,38-0,1

!0,76-0,4

?Сальная железа является частью

!+сально-фолликулярного аппарата

!апокриновых желёз

!волоса

!эпидермиса

**Раздел 8. Пузырные и вирусные дерматозы**

**Тема 1. Пузырчатка вульгарная. Буллезный пемфигоид. Герпетиформный дерматит Дюринга. Опоясывающий герпес. Простой герпес. Бородавки. Контагиозный моллюск**

? В отличие от буллезного пемфигоида при герпетиформном дерматите Дюринга наблюдают отложение

! IgG

! IgE

! IgM

!+ IgA

? Глютеновая энтеропатия ассоциирована с

! псориазом обыкновенным

! локализованной склеродермией

! рубцовым пемфигоидом

!+ герпетиформным дерматитом Дюринга

? Лечебное питание больных дерматитом Дюринга требует исключения

!+ глютена

! белкового продукта

! острого блюда

! углеводсодержащего продукта

? По достижении клинического эффекта при буллезном пемфигоиде дозу преднизолона постепенно снижают до \_\_\_\_ мг в

штуки

!+ 0,1

! 0,75

! 0,5

! 0,3

? Полостной поверхностный элемент, наполненный серозным прозрачным содержимым, размерами с маковое зерно до

1см, называют

! волдырем

! папулой

!+ пузырьком

! узлом

? Для обработки эрозий у больного буллезным пемфигоидом рекомендуется

! ультрафиолетовое облучение

! салициловой кислоты мазь 2%

!+ бриллиантового зелёного раствор 1%

! ихтаммола мазь 10%

? Терапию поддерживающей дозой преднизолона у больного буллезным пемфигоидом тяжёлой степени тяжести, можно отменить в случае клинической ремиссии в течение (в месяцах)

! 1-2

! 6-8

! 2-3

!+ 3-6

? Исследование сыворотки крови методом реакции непрямой иммунофлюоресценции у больных пузырчаткой позволяет выявить аутоантитела класса G против межклеточной связывающей субстанции

! подкожной клетчатки

!+ эпидермиса

! сетчатого слоя дермы

! сосочкового слоя дермы

? Группой препаратов, назначаемых по жизненным показаниям больным пузырчаткой являются  
!+ глюкокортикостероиды  
! кардиопротекторы  
! антагонисты кальция  
! антибиотики

? Рубцующий пемфигоид проявляется преимущественно на  
!+ слизистых оболочках полости рта  
! коже дистальных участков верхних и нижних конечностей  
! слизистых оболочках пищевода

! коже нижней части туловища

**ОСНОВНЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПУЗЫРНЫХ ДЕРМАТОЗАХ (ПУЗЫРЧАТКА, БОЛЕЗНЬ ДЮРИНГА) ВКЛЮЧАЮТ**

- 1) витаминотерапия
- 2) седативные препараты
- 3) тщательный уход за полостью рта при листовидной пузырчатке
- 4) рациональное трудоустройство

## **Раздел 9. Дисхромические дерматозы**

### **Тема 1. Меланодермии. Генерализованная меланодермия. Ограниченная меланодермия. Токсическая меланодермия.**

? У здоровых пациентов наблюдают пятна типа «кофе с молоком» одиночные (не более трёх), которые  
!+ существуют с рождения или возникают в первые три года жизни  
! появляются и быстро исчезают независимо от возраста  
! возникают в подростковом возрасте  
! возникают в пожилом возрасте

? К эпидермальному гипермеланозу относят  
! лейкодерму  
!+ невус Беккера  
! невус Ито  
! монгольское пятно

? Коричневый гипермеланоз обозначается термином  
!+ меланодерма  
! лейкодерма  
! церулодерма  
! телеангиэктазия  
? Меланоциты расположены в  
! верхних слоях дермы  
!+ базальном слое эпидермиса  
! шиповатом слое эпидермиса  
! нижних слоях дермы  
? К физическому меланоцитарному гипермеланозу относят  
! лентиго  
!+ загар  
! сенильное лентиго  
! эруптивное лентиго

? Лазерное устранение гиперпигментации противопоказано при  
! мелазме  
! поствоспалительной гиперпигментации  
! невусе Беккера  
!+ околоротовом дерматите Брока

? Пятна, связанные с изменением количества меланина в коже, называют  
! геморрагическими  
! воспалительными  
! телеангиэктатическими  
!+ пигментными

### **Тема 2 Ахромии. Альбинизм.**

? Для исключения болезни Лайма рекомендуется исследование  
! гистологические биоптата кожи  
! крови на антитела к тиреоглобулину  
! крови на наличие антиядерных антител  
!+ крови на антитела к боррелиям

?Основным провоцирующим фактором при мелазме является  
!психоэмоциональный стресс  
!резкий перепад температур  
!употребление алкоголя  
!+инсоляция  
?Мелазма чаще всего возникает  
!на волосистой части головы аге зависимости от пола  
!у мужчин на коже лица и шеи  
!+у женщин на коже лица и шеи  
!на коже тыльной поверхности кистей вне завистливости от пола  
?Серый или синий гипермеланоз обозначается термином  
!лейкодерма  
! меланодерма  
! лентиго  
!+церулодерма  
?Участок депигментации , появляющийся на волосистой части головы в виде белых прядей , характерен для  
!меланомы  
!+пьебалдизма  
!хлоазмы  
!лентиго  
?Гиперхромии распространённого характера называют  
!лентиго  
!хлоазмой  
!пьебалдизмом  
!+меланодермиями

### **Тема 3 Витилиго.**

? Пациентам с невусом Ота рекомендовано  
!+диспансерное наблюдение у врача-дерматовенеролога  
!проведение криодеструкции образования  
!срочное хирургическое иссечение образования  
!назначение курса химических пилингов в осенне-зимний период

?Мелкое врожденное пигментное пятно, обусловленное скоплением меланоцитов в эпидермисе, характерно для  
!меланомы  
!хлоазмы  
!пьебалдизма  
!+лентиго

### **Тема 4 Профессиональная лейкодерма.**

?При разрешении первичных элементов вследствие недостаточности пигмента на фоне воспаления образуется  
!витилиго  
!+вторичная лейкодерма  
!хлоазма  
!первичная лейкодерма

?К факторам, повышающим риск канцерогенного действия пува-терапии относят  
! IV и V фототипы кожи  
!+общее количество сеансов и более 200  
!предшествующую терапию метотрексатом  
!кумулятивную дозу УФА более 110 Дж/см<sup>2</sup>

?Пациент с карими глазами, светлой кожей, светлыми волосами, слегка загорающий на солнце, имеет \_\_\_\_\_ фототип  
кожи по Фитцпатрику

!1  
!6  
!5  
!+2

?Наименьший риск развития нежелательного эффекта в виде поствоспалительной гиперпигментации имеют пациенты с  
\_\_\_\_\_ фототипом кожи по Фитцпатрику

!+2  
!5  
!4  
!6

?К фактору риска малигнизации солнечного лентиго относят  
! 2 фототип кожи по Фитцпатрику  
! использование топических средств, содержащих аскорбиновую кислоту  
!+более трех солнечных ожогов в течение жизни пациента  
! гормонозаместительную терапию

? Наибольший риск развития нежелательного эффекта в виде поствоспалительной гиперпигментации имеют пациенты с \_\_\_ фототипом кожи по Фитцпатрику

- ! I
- ! III
- ! + VI
- ! III

## **Раздел 10. Инфекционные и паразитарные болезни кожи**

### **Тема 1. Стептодермии. Стафилодермии.**

? *S. aureus* является возбудителем

- ! рожи
- ! + фолликулита
- ! паронихии
- ! эктимы

? Фурункул относят к

- ! поверхностным стафилодермиям
- ! + глубоким стафилодермиям
- ! поверхностным стрептодермиям
- ! глубоким стрептодермиям

? При лечении типичной чесотки у беременных целесообразно назначать

- ! + спрегаль
- ! серную мазь
- ! преднизолон
- ! тридерм

? Для лечения чесотки у ребенка в возрасте 4 лет возможно применение мази бензилбензоата (в процентах)

- ! 30
- ! 20
- ! + 10
- ! 15

? Хроническое рецидивирующее воспаление фолликулов в зоне роста щетинистых волос называется

- ! гидраденит
- ! + сикоз
- ! фолликулит
- ! карбункул

? Гидраденит чаще локализуется в области

- ! спины
- ! живота
- ! + подмышечной
- ! шеи

? Остиофолликулит относится к

- ! + поверхностным стафилодермиям
- ! глубоким стафилодермиям
- ! поверхностным стрептодермиям
- ! глубоким стрептодермиям

? Фурункулез возникает в результате воспаления

- ! + волосяных фолликулов
- ! апокриновых желез
- ! сальных желез
- ! эккриновых желез

### **Тема 2. Туберкулез кожи**

? При туберкулезе максимальная длительность листка нетрудоспособности (в месяцы)

- ! 6
- ! 4
- ! 10
- ! + 12

#### **ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ СНЯТИЯ С УЧЕТА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ КОЖИ**

- 1) полное рассасывание туберкулезных очагов
- 2) нормализация легочного и внелегочного туберкулезного процесса
- 3) проведение в анамнезе полноценной терапии
- 4) отсутствие рецидивов за период диспансерного наблюдения (5 лет)

Укажите форму диссеминированного кожного туберкулеза:

- 1) Лихеноидный туберкулёз
- 2) Туберкулёзная волчанка
- 3) Скрофулодерма
- 4) Индуративная эритема Базена

Укажите патогномичный для туберкулезной волчанки проявление:

- 1) признак Поспелова
- 2) симптом Ядоссона
- 3) Феномен Кебнера
- 4) сетка Уикхема

Укажите заболевание, с которым необходимо дифференцировать туберкулезную волчанку:

- 1) Красный плоский лишай
- 2) Дискоидная красная волчанка
- 3) Розовый лишай Жибера
- 4) Склеродермия

Какой форме бывает язва при туберкулёзе слизистой оболочки при локализации на языке:

- 1) Щелевидной
- 2) Оvoidной
- 3) Округлой
- 4) Твердой

### Тема 3. Паразитарные заболевания кожи. Тропические дерматозы

? Для норвежской чесотки характерно наличие

! бляшек и жирных чешуек

! склонных к группировке и слиянию везикул

! узлов и язв с неправильными очертаниями

!+ эритродермии и массивных корок

? Применение препаратов с бензилбензоатом не рекомендовано детям в возрасте до (в годах)

!+ 3

! 7

! 5

! 10

? Чесотку, выявляющуюся преимущественно при обследовании лиц, бывших в контакте с чесоткой, которая возникает при заражении личинками и существует в первоначальном виде не более 2 недель с единичными фолликулярными папулами и невоспалительными везикулами, называют

! скабиозной эритродермией

!+ чесоткой без ходов

! чесоткой чистоплотных

! псевдосаркоптозом

? Применение препаратов бензилбензоата не рекомендовано у детей в возрасте до (в годах)

! 5

! 7

!+ 3

! 10

? При туберкулёзе максимальная длительность листка нетрудоспособности (в месяцах)

! 6

! 4

! 10

!+ 12

### 3. В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА ИНФИЦИРОВАННЫЕ БОЛЬНЫЕ

- 1) не допускаются в детские учреждения
- 2) не допускаются в общественные бани
- 3) не допускаются в плавательные бассейны
- 4) не допускаются на спортивные площадки
- 5) все перечисленное

### Тема 4. Лейшманиоз. Лепра.

В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕПРЫ СУЩЕСТВУЮТ

- 1) изоляция больных в отдаленных населенных пунктах (в странах Африки)
- 2) изоляция в лепрозории (в России)
- 3) диспансерное наблюдение после лепрозория
- 4) диспансерное наблюдение за группами риска

Возбудителем лепры является:

- 1) Микобактерия Ганзена

- 2) Микобактерия Коха
- 3) Бледная трепонема
- 4) Тельца Боровского

Укажите первичный морфологический элемент, характерный для лепраматозного типа лепры:

- 1) Пузырь
- 2) Узел
- 3) Папула
- 4) Пустула

Укажите тип реакции пробы у больных лепроматозным типом лепры:

- 1) Проба Ядассона
- 2) проба Минора
- 3) Проба Бальцера
- 4) Проба Никольского

В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕЙШМАНИОЗА НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

- 1) эпидемиологическую цепь
- 2) средний возраст населения в очаге
- 3) количество детей школьного возраста в очаге

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЦЕПЬ ПРИ ЛЕЙШМАНИОЗЕ СОСТОИТ ИЗ

- 1) источник (резервуар) инфекции, человек
- 2) источник, переносчик инфекции и объект заражения
- 3) источник и объект заражения
- 4) человек, переносчик, грызуны

РЕЗЕРВУАРОМ СЕЛЬСКОГО ТИПА ЛЕЙШМАНИОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) сельские жители
- 2) грызуны
- 3) и человек и грызуны

В ПРОФИЛАКТИКЕ ГОРОДСКОГО ТИПА ЛЕЙШМАНИОЗА

НЕОБХОДИМО ВОЗДЕЙСТВОВАТЬ НА ИСТОЧНИК (РЕЗЕРВУАР) ИНФЕКЦИИ, КОТОРЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) больной лейшманиозом человек
- 2) грызуны
- 3) и человек и грызуны

В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕЙШМАНИОЗА НЕОБХОДИМО БОРЬТЬСЯ С ПЕРЕНОСЧИКАМИ ИНФЕКЦИИ, КОТОРЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) москиты
- 2) грызуны
- 3) человек

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПЕРЕНОСЧИКОВ ЛЕЙШМАНИОЗА (МОСКИТЫ), ВКЛЮЧАЮТ

- 1) опрыскивание органического мусора хлоркой
- 2) москитные сетки
- 3) защита от укусов москитов
- 4) избегать мест массового скопления москитов

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ОБЪЕКТ ЗАРАЖЕНИЯ ЛЕЙШМАНИОЗА (ЧЕЛОВЕК), ВКЛЮЧАЮТ

- 1) вакцинация
- 2) прием хлорида во время пребывания в очаге заражения
- 3) личная гигиена
- 4) солнечные ванны

В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕПРЫ

- 1) невозможен карантин, т.к. длинный инкубационный период
- 2) нет быстродействующих лекарственных препаратов
- 3) необходима индивидуальная профилактика

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ЛЕПРЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) личную гигиену
- 2) медицинские перчатки и маска при биопсии
- 3) медицинские перчатки и маска при хирургическом вмешательстве



- 4) избегать плохо проветриваемых помещений

#### В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕПРЫ СУЩЕСТВУЮТ

- 1) изоляция больных в отдаленных населенных пунктах (в странах Африки)
- 2) изоляция в лепрозории (в России)
- 3) диспансерное наблюдение после лепрозория
- 4) диспансерное наблюдение за группами риска

#### В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕПРЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА СЛЕДУЮЩАЯ ВАКЦИНА

- 1) БЦЖ
- 2) БЦЖ с добавленными микобактериями лепры от зараженного броненосца
- 3) БЦЖ с добавленными микобактериями лепры от зараженного кролика

#### В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ, ПРЕВЕНТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИЦ, ИМЕВШИХ ТЕСНЫЙ БЫТОВОЙ КОНТАКТ С БОЛЬНЫМ ЛЕПРОЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 6-12 месяцев
- 2) 12-24 месяцев
- 3) 3-6 месяцев
- 4) 1-3 месяца
- 5) 4-5 месяца

#### ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЧЛЕНАМИ СЕМЬИ БОЛЬНЫХ ЛЕПРОЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1-2 года
- 2) 3-10 лет
- 3) 10-20 лет
- 4) 12-15 лет
- 5) 2-6 месяцев

#### ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДОСМОТРЫ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ БОЛЬНОГО ЛЕПРОЙ ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ

- 1) ежемесячно
- 2) ежеквартально
- 3) ежедневно
- 4) еженедельно

#### НОВОРОЖДЕННЫЙ МОЖЕТ БЫТЬ ОСТАВЛЕН С БОЛЬНОЙ ЛЕПРОЙ МАТЕРЬЮ, ЕСЛИ

- 1) она аккуратно проводит терапию и в ее грудном молоке содержатся противолепрозные препараты
- 2) она соблюдает личную гигиену
- 3) она и ребёнок регулярно консультируются дерматологом
- 4) у неё недифференцированная форма лепры

#### САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ЛЕПРОЙ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЬИ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- 1) внушить необходимость аккуратного лечения
- 2) преодоление лепрофобии
- 3) внушить необходимость диспансерного наблюдения и личной гигиены
- 4) регулярно проводить санаторно-курортное лечение

### Раздел 11. Микозы

#### Тема 1 Кератомикозы, дерматомикозы.

? Препредрасполагающим фактором к развитию микоза ногтей кистей является

! прием гормональных препаратов

! частый контакт с водой и моющими средствами

! прием антибиотиков

! пожилой возраст

? К системному антимикотическому средству относят

!+ итраконазол

! преднизолон

! лоратадин

! батаметазон

? У ребёнка, занимающегося борьбой, появились округлые очаги с чёткими границами на лице, шее и верхних конечностях. Предварительным диагнозом в данной клинической ситуации является

!+ трихофития

! экзема

! псориаз

! пиодермия

#### ПРОФИЛАКТИКА ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) выявление больных животных силами ветеринарной службы
- 2) санитарно-просветительскую работу среди работников животноводческих ферм
- 3) санацию больных животных
- 4) исследование лампой Вуда стойла скота

?Атипичной локализацией высыпаний при разноцветном лишае является кожа

!верхней части спины

!верхней части передней поверхности передней поверхности грудной клетки

!проксимальных отделов верхних конечностей

!+лица

#### Тема 2 Кандидоз. Глубокие микозы.

?Основным методом диагностики микоза гладкой кожи является

!культуральный

!+микроскопический

!люминесцентный

!бактериоскопический

?Нити мицелия являются морфофункциональными единицами

!вирусов

!+грибов

!клещей

!стафилококка

?Паронихия – это воспаление

!+ногтевого валика

!апокриновой железы

!сальной железы

!волосного фолликула

?Лечение кандидозной онихии с вовлечением матрикса включает \_\_\_\_\_ терапию

! антибактериальную

! гормональную

! наружную противогрибковую

!+системную противогрибковую

?Дополнительным методом диагностики кандидозной онихии является

! бактериоскопический

! микроскопический

! люминесцентный

!+культуральный

Препараты, применяемые для лечения кандидоза:

- 1) Флуконазол, нистатин, леворин
- 2) Пенициллин, ампициллин, амоксациклин
- 3) Ацикловир, вальцикловир, гиповир
- 4) Делагил, плаквенил, аминохинол

#### ПРОФИЛАКТИКА КАНДИДОЗА-ЭТО СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

- 1) назначение нистатина при антибиотикотерапии
- 2) назначение поливитаминов в весенне-зимний период
- 3) механизация ручного труда на консервных заводах
- 4) употребление настойки пустырника (успокоительное)

#### Раздел 12. Новообразования кожи

##### Тема 1 Доброкачественные и злокачественные новообразования. Предраковые заболевания кожи.

? Наблюдается высокая частота ассоциации саркомы Капоши и

! лимфомы

! гепатита

! экземы

!+ СПИДа

? К терапии первой линии при ранних стадиях грибвидного микоза относят

! интерферон\н-а

! система ГКС

!+ ПУВА-терапию

! уфа-1 терапию

? Наиболее распространённой локализацией нитевидных бородавок является

! подошвенная поверхность стопы

! волосистая часть головы

! ладонная поверхность кисти

!+ веко

? Вирус герпеса 8 типа является причиной развития

- ! генитального герпеса
- !+ саркомы Капоши
- ! аногенитальных бородавок
- ! опоясывающего герпеса
- ? К какой группе дерматозов относят бляшечный парапсориаз?
- ! наследственного нарушения кератинизации
- ! токсдермии
- ! факоматоза
- !+ прелимфомы или лимфомы кожи низкой злокачественности
- ?Первичные проявления при классической саркоме Капоши наблюдаются на коже
- !+нижних конечностей
- !верхних конечностей
- !лица
- !туловища
- ?В лечении грибовидного микоза применяют комбинированную терапию, а именно сочетание
- !ПУВА-терапия+метотрексат
- !ПУВА-терапия+ретиноиды
- !+ПУВА- терапия+интерферон-а
- !метотрексат+ретиноиды
- ?Дифференциально-диагностическим критерием эритродермичной формы грибовидного микоза от синдрома Сизари является
- !+наличие в крови доминантного клона Т-лимфоцитов
- !гипер кератоз ладоней и подошв
- !наличие доминантного клона Т-лимфоцитов в лимфатических узлах
- ! увеличение периферических лимфатических узлов

## **Тема 2 Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта. Классификация, Диагностика. Лечение**

- ? К стигмам относят
- !+ симптом Дюбуа
- ! симптом Никольского
- ! пятна Филатова-Коплика
- ! ксеродермию
  
- ?Для определения моноклональности инфильтрата при грибовидном микозе проводят
- !иммуногистохимическое исследование
- !+исследование методом ПЦР
- !проточную цитометрию
- !иммунофенотипическое исследование
  
- ?Полиморфная сыпь характерна для
- !вторичного сифилиса
- !+нейрофиброматоза
- !розеолы
- !крапивницы
- ?При изолированным поражении полости рта у больных пузырчаткой обыкновенной необходимо проводить дифференциальную диагностику с
- !грибовидным микозом
- !+красным плоском лишае
- !обыкновенным псориазом
- !атопическим дерматитом
- Облигатным предраковым заболеваниям относится:
  - 1) Болезнь Боуэна
  - 2) Лейкоплакия
  - 3) Кожный рог
  - 4) Пострентгеновский стоматит
  
- Укажите заболевание не относящийся к предраковым заболеваниям слизистых оболочек рта:
  - 1) Фиброма
  - 2) Болезнь Боуэна
  - 3) Лейкоплакия
  - 4) Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ
  
- Факультативным предраковым заболеваниям относится:
  - 1) Папиллома и папилломатоз нёба
  - 2) Бородавчатый предрак красной каймы губ
  - 3) Абразивный преанцeroзный хейлит Манганотти
  - 4) Болезнь Боуэна

Какое заболевание не относится к доброкачественным заболеваниям?

- 1) Фиброма
- 2) Гемангиома
- 3) Лимфангиома
- 4) Болезнь Боуэна

Ороговение слизистой оболочки полости рта при ее хроническом течении - ...

- 1) Болезнь Боуэна
- 2) Лейкоплакия
- 3) Фиброма
- 4) Гемангиома

Стадиям кератоакантомы не относится:

- 1) Роста
- 2) Расцвета
- 3) Регрессивная
- 4) Прогрессирующая

Ретенционная киста не располагается на ...

- 1) дне полости рта
- 2) верхней губе
- 3) мягкой нёбе
- 4) нижней губе

Укажите доброкачественное образование из кровеносных сосудов:

- 1) Гемангиома
- 2) Фиброма
- 3) Лимфангиома
- 4) Болезнь Боуэна

Формам гемангиомы не относится:

- 1) Простая
- 2) Капиллярная
- 3) Кавернозная
- 4) Бородавчатая

### **Раздел 1. Неинфекционные болезни кожи**

#### **Тема 1 Аллергодерматозы: дерматит, токсикодермии, экзема.**

В очаге поражения у больного имеются эритема, мелкие папулы, микровезикулы, эрозии, корочки. Обоснуйте истинный, ложный или смешанный полиморфизм сыпи у больного.

На коже груди у больного имеются многочисленные эрозии размером 0,3 x 0,2 см с округлыми краями. К первичным или вторичным морфологическим элементам они относятся и их исход?

На коже разгибательных поверхностей плеч, предплечий, бедер и голеней у больного имеются белые пятна округлой формы, различных размеров, поверхность их слегка шелушится. Крупные пятна имеют фестончатые границы. Рядом располагаются папулезные элементы и бляшки. Можно ли определить являются ли депигментированные пятна первичными или вторичными и какой их характер у данного больного?

На прием обратился больной с жалобами на поражение кожи кистей. Сыпь появилась 5 дней назад. Работает зубным врачом 1 год. Сыпь полиморфная – эритемато-папуло-везикулезного характера, без четких границ. Подобная сыпь, но менее выраженная, появилась около шести месяцев назад. После приема антигистаминных препаратов и смазывания ее преднизолоновой мазью быстро исчезла. Ваш предположительный диагноз, тактика для его утверждения, лечебные мероприятия.

На прием к врачу обратился больной К., 67 лет, с жалобами на выраженный зуд кожи верхних конечностей и лица. Болен около трех лет, лечился амбулаторно мазями, микстурами. Последний рецидив заболевания связывает с нервным стрессом. Из сопутствующих заболеваний отмечает гипертоническую болезнь 2-й степени и хронический холецистит.  
*Объективно:* процесс носит распространенный симметричный характер, без четких границ. Локализация – кожа тыла кистей, предплечий, лица и шеи. Наблюдается отек, ярко выраженная эритема, везикулизация, мокнутие по типу «серозных колодцев». Ваш предположительный диагноз и лечебные мероприятия?

На прием к врачу обратился больной К., 28 лет, работает сварщиком, жалуется на высыпания и зуд в области правой голени. Неделю назад на работе получил ожог правой голени. К врачу не обращался, ничем не лечился. На месте ожога через пять дней заметил покраснение, которое быстро увеличилось, затем возникла отечность голени, стал беспокоить зуд. Почти одновременно появились мокнутие, эрозии, корки. Сопутствующая патология – хронический тонзиллит.  
*Объективно:* в средней трети правой голени на месте ожога имеются две язвочки, покрытые гнойным отделяемым. Вокруг них – эритема с четкими границами, размером 9 x 18 см, мелкие папулы, везикулы, мокнутие. По периферии очага поражения – отсев пустул. Ваш предположительный диагноз? План лечения.

На прием к врачу обратился больной В., 28 лет, работает прессовщиком на мебельной фабрике. Жалуется на высыпания на коже кистей, сопровождающиеся зудом. Первые элементы появились полтора года назад, через 2 месяца после начала работы прессовщиком. Заболевание связывает с контактом с мочевиноформальдегидными смолами (на производстве). Обращался к дерматологу, лечился присыпкой, гормональным кремом, после чего процесс регрессировал. После выздоровления больной продолжал контактировать со смолой, и вскоре аналогичные высыпания появились вновь. Рецидивы с каждым разом становятся продолжительнее. Во время отпуска отмечает регресс высыпаний. Сопутствующие заболевания – хронический анацидный гастрит, хронический колит.

*Объективно:* очаги поражения локализируются на тыльной поверхности кистей, симметричные. На фоне эритемы с нечеткими границами имеются папулы, везикулы, многочисленные эрозии, чешуйки, корочки, трещины. Мокнущие по типу «точечных колодцев». Ваш предположительный диагноз и лечебные мероприятия? Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

#### **Тема 2 Многоформная экссудативная эритема. Крапивница. Ангионевротический отек Квинке.**

На коже лица больного располагаются сгруппированные, возвышающиеся над уровнем кожи бесполостные элементы, размером 0,5 x 0,5 см округлой формы, среди них располагаются такой же величины язвочки, покрытые корочками и мелкие рубцы различной окраски – синюшной и бурой. Какие первичные морфологические элементы имеются у больного и с какими элементами их надо дифференцировать?

Гистологически в препарате выявлен акантоз. Каким морфологическим элементом он будет представлен на коже?

Больная М., 27 лет, жалуется на появление зудящих высыпаний, общее недомогание, повышение температуры тела до 37,5° С. Высыпания появились в период заболевания ангиной, по поводу которой принимала аспирин, какой-то антибиотик, полоскания горла раствором перманганата калия.

*Объективно:* на коже туловища, лица, верхних и нижних конечностей обильная сливающаяся розеолезная, папулезная сыпь розово-красного цвета с мелкопластинчатым шелушением. Местами имеются немногочисленные петехии. Поставьте диагноз и назначьте лечение больной. Что могло послужить причиной болезни?

К дерматологу в консультацию обратилась женщина 38 лет с жалобами на высыпания на красной кайме губ. Болеет в течение недели. Свое заболевание связывает с новой губной помадой.

*Объективно:* Губы опухшие, красные с четкими краями, возвышающиеся над уровнем нормальной слизистой оболочки и кожи. Очаги поражения напоминают участки ожога.

*Субъективные ощущения:* отмечается легкое жжение.

Вопрос. 1. О каком заболевании надо думать?

2. От чего следует остерегаться больной?

3. Какое лечение назначают для данного заболевания?

#### **Тема 3 Синдром Стивенса – Джонсона. Синдром Лайелла. Гиперкератозы.**

Гистологически в препарате выявлен паракаротоз. Каким морфологическим элементом этот процесс может выразиться клинически?

Больной жалуется на высыпания, возвышающиеся над окружающей кожей, ярко-красного цвета, рассеянные на коже туловища. Болен 2 дня. Высыпные элементы существуют в течение нескольких часов, затем самопроизвольно исчезают и появляются вновь на новом месте. Какие морфологические элементы имеются на коже у больного и механизм их образования?

На прием к врачу дерматологу обратилась мать с ребенком 5 лет с жалобами на высыпания на коже живота, внутренних поверхностей бедер, сгибательных поверхностях предплечий. Болен неделю. При осмотре в указанных местах имеются бесполостные, возвышающиеся элементы, розового цвета, размером 0,2 x 0,2 см и полостные, возвышающиеся образования, размером 0,2 x 0,1 см, следы расчесов. Какие морфологические элементы имеются у ребенка.

На прием к врачу обратилась больная Б., 29 лет, с жалобами на раздражительность, бессонницу, эмоциональную лабильность, повышение температуры до 37,8° С, зуд, жжение, напряжение и болезненность кожи пораженных участков в области живота.

Заболевание связывает с применением сульфаниламидных препаратов, которые были назначены терапевтом по поводу ОРВИ. Высыпания появились внезапно после приема препарата и сопровождались повышением температуры. В прошлом (2 года назад), после приема сульфадиметоксина возникли такие же пятна (на этом же месте), которые после своего исчезновения (через несколько дней) оставили аспидно-коричневого цвета пигментацию. Сопутствующие заболевания – пищевая аллергия к цитрусовым.

*Объективно:* на коже груди, боковых поверхностях туловища имеются округлых очертаний очаги, носящие ограниченный, асимметричный характер, с четкими границами, эритематозного характера, красновато-бурого цвета с темным оттенком. Ваш предположительный диагноз?

#### **Тема 4 Дисхромии. Фотодерматозы. Хейлиты. Болезни волос. Наследственные генодерматозы**

На прием к врачу обратился больной, у которого на коже лица и волосистой части головы располагаются корки желтовато-зеленого цвета. Из каких морфологических элементов они образовались?

Больной С., 26 лет, жалуется на появление пузырей на коже пяток, связывает это с ношением тесной обуви.

*Объективно:* на пятках обеих стоп имеются пузыри диаметром до 1, 5 – 2 см, с серозным экссудатом, расположенные на слегка отечной гиперемированной коже. Поставьте диагноз, назначьте лечение больному.

На прием к врачу обратилась мать с ребенком четырех месяцев, у которого имелись высыпания на коже щек, сопровождающиеся сильным зудом. Ребенок болен в течение двух недель. Начало заболевания мать связывает с дачей прикорма, после которого на следующий день появились высыпания на щеках. Ребенок родился от первой беременности, в срок. Находится на естественном вскармливании. У матери отмечался токсикоз в первой половине беременности, употребляла в больших количествах цитрусовые, шоколад. Страдает бронхиальной астмой, медикаментозной аллергией. *Объективно:* кожа щек ребенка эритематозна, слегка отечна. Границы эритемы не четкие, имеются мелкие множественные папулы, везикулы, эрозии, из которых на поверхность выступают небольшие капли серозного экссудата; на правой щеке – корочки и чешуйки. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

К дерматологу обратилась женщина 36 лет с жалобами на высыпания в области губ и ротовой полости. Высыпания беспокоят большую 2 день.

*Объективно:* На границе красной каймы и слизистой оболочке губ наблюдаются тонкие светло-желтые чешуйки, сухость губ. Прилежащий к коже участок красной каймы губ не повреждена, но повреждения отмечается в зоне Клейна.

В гистологическом исследовании: в эпителии имеется светлые клетки, утолщение шиповидного слоя, базальный слой без изменений. В соединительной ткани отмечается круглоклеточная инфильтрация.

*Субъективные ощущения:* отмечается незначительный зуд.

- Вопрос. 1. Ваш предварительный диагноз?  
2. С какими заболеваниями надо от дифференцируют данное заболевание?  
3. Ваша лечебная тактика.

Стоматологу обратился больной 40 лет, на высыпания, появившиеся на губах. Высыпания появились не давно, по поводу данного заболевания больной не лечился.

*Объективно:* На губах наблюдаются её отёчность, болезненность. Они покрыты плотно сидящими фиксированными, толстыми корками, желто-зеленого цвета. В окружности устьев выводных протоков губных желез отмечается эрозии, трещины, гнойные выделения. Некоторых местах появились абсцессы.

- Вопрос. 1. Ваш диагноз?  
2. Какое лечение применяют для данного заболевания?

Молодая девушка 15 лет обратилась дерматологу с жалобами на высыпание в области губ. Элементы появились давно. Несколько раз лечилась. Обострение наблюдается осенью, а весной наступает как бы выздоровление.

*Объективно:* В очаге красной кайме губ наблюдаются застойная гиперемия, инфильтрация, лихенизация, пузырьковые элементы и мокнутие, а также трещины в углах рта. Также на не измененной красной кайме губ наблюдается серовато-красного цвета безболезненные, плотноватой консистенции узелок диаметром 5 мм, полушаровидной формы, выступающее над окружающей красной каймой на 4 мм. На поверхности узелка отмечается плотно сидящий тонкий чешуйки, которые при поскабливании не снимаются.

*Субъективно:* не резко выраженный зуд.

- Вопрос. 1. Ваш диагноз?  
2. Какое лечение применяют для данного заболевания?

Кожно-венерологический диспансер обратилась женщина с жалобами на отеки в области губ. Отек быстро появляется, через несколько дней уменьшается, но на месте очага остается уплотнение. Повторные отеки появляются на том же участке. После того как рассасывается отек уплотнение еще резко уплотняется.

*Объективно:* на губах отмечается бледноватый отек плотный при пальпации. Иногда он становится красноватой с цианотичным оттенком. Нижняя часть губы уплотнена более чем верхняя.

- Вопрос. 1. Ваш диагноз?  
2. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику данного заболевания?

## Раздел 2. Системные заболевания с поражением кожи и слизистых

### Тема 1 Центробежная эритема Бiettа.

1. На прием к врачу обратилась больная 38 лет, с жалобами на появившиеся очаги на коже живота, в этих местах она отмечает похолодание, напряжение кожи. Заболевание связывает с переохлаждениями и частыми ангинами. Три недели спустя после очередного переохлаждения появились округлые бляшки синюшно-красного цвета в области живота. Пораженная кожа была отечной с тестоватой консистенцией. Через несколько недель развилось деревянистое затвердение кожи в очагах поражения, цвет очагов стал бледно-синюшным. Больная не лечилась. Сопутствующая патология – стоит на учете у эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы, у врача ЛОР - в связи с хроническим тонзиллитом. *Объективно:* на коже живота очаг размером 10x15 см, гладкий, блестящий, плотной консистенции. Цвет очага желтовато-розовый, по периферии имеется сиреневый ободок, форма очага неправильно-овальная, центр несколько западает. При пальпации выявляется деревянистое затвердение кожи, она плотно прилегает к подлежащим тканям, не собирается в складки, рисунок ее сглажен, волосы в очагах отсутствуют. Ваш предположительный диагноз? Лечение.

### Тема 2 Дискоидная красная волчанка. Диссеминированная красная волчанка. Системная красная волчанка.

2. На прием к врачу обратилась больная 44 лет, с жалобами на чувство жжения и покалывания в очагах поражения на коже лица. Заболевание связывает с периодическим охлаждением и длительным пребыванием на солнце. По поводу хронической ангины неоднократно принимала сульфаниламидные препараты. Высыпания появились три месяца назад на коже лица, процесс медленно прогрессирует. Лечилась различными противовоспалительными мазями. Больная не обследована. *Объективно:* очаги поражения локализируются на коже переносицы и щек в виде «крыльев бабочки», а также на губах и подбородке. Очаги резко очерчены, представлены растущими по периферии и сливающимися друг с другом розовато-красного цвета инфильтрированными бляшками, покрытыми роговыми, плотно сидящими чешуйками, связанными с устьями волосных фолликулов (фолликулярный гиперкератоз). По периферии очагов – телеангиэктазии, в центре – атрофия кожи. Ваш предположительный диагноз? Методы лечения и профилактики.

### Тема 3 Поражение кожи при системной красной волчанке.

3. Больная 63 лет, жалуется на высыпания на коже лица, не сопровождающиеся субъективными расстройствами. Больна 6 лет. Заболевание обостряется ежегодно в апреле-июне, зимой воспалительные явления стихают, но в местах прошлых высыпаний отмечаются рубцы. *Объективно:* на левой щеке неправильной формы, резко ограниченный очаг поражения размером 4х2 см. Кожа в очаге синюшно-красного цвета, несколько уплотнена, покрыта плотно сидящими, трудно отделяемыми белесоватыми чешуйками. На лбу и щеках видны неправильной формы депигментированные атрофические рубцы различных размеров. Поставьте клинический диагноз. Какие препараты Вы используете для общей и наружной терапии?

### Тема 4 Склероатрофический лишай.

4. На прием обратился больной В., 30 лет, у которого после переохлаждения на фоне недомогания, повышения температуры тела до 37,5°C, появились на коже кистей, лица отечные эритематозные пятна, папулы синюшного цвета с западением в центре. На слизистой полости рта – эрозии на месте бывших пузырей. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

### Тема 5 Диффузная склеродермия. Системная склеродермия

5. Больная К., 23 лет, жалуется на появление высыпаний на коже туловища. Субъективных жалоб нет. Заболевание связывает с переохлаждением.

*Объективно:* на боковых поверхностях туловища, живота имеются овальной формы розово-красного цвета пятна размером 0,8 х 0,4 см, своим длинником пятна расположены параллельно ребрам. На животе пятно размером 2,5 х 1,5 см, которое, как отмечает больная, появилось за неделю до обильных высыпаний. В центре пятен отмечается шелушение в виде смятой папиросной бумаги. Поставьте диагноз и назначьте лечение больной.

## Раздел 3. Васкулиты, атрофии и гипертрофии кожи

### Тема 1 Этиология и патогенез васкулитов. Классификация васкулитов. Общая симптоматология васкулитов.

1. Ребенок, 6 лет, заболел через 10 дней после перенесенной ангины. Появились жалобы на боли и опухание голеностопных суставов, на их разгибательной поверхности – сыпь, боли в животе без определенной локализации, вечерами подъем температуры до 37,5°C. Обратились к участковому врачу.

*Из анамнеза жизни:* ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсокозом второй половины; роды срочные. Вес при рождении 3450 г., длина 52 см, окружность головы 36см., окружность груди 34 см. На грудном вскармливании до 3 мес. Переболела ветряной оспой в 4 года.

*При объективном обследовании обнаружено:* состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, на разгибательной поверхности голеней и голеностопных суставов, передней брюшной стенке, ягодицах симметрично расположена папулезно-геморрагическая сыпь. Голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них ограничены из-за болей. Зев чистый, розовый, небные миндалины 1-2 степени, рыхлые, лакуны расширены. В легких везикулярное дыхание, ЧД - 20 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: левая – по левой срединно-ключичной линии, правая – у правого края грудины, верхняя - 3 ребро. Аускультативно – тоны сердца чистые, ритм правильный. Живот мягкий, пальпации доступен, умеренно болезнен по всей поверхности. Печень у края реберной дуги. Мочится свободно. Стул оформленный черного цвета.

*Результаты лабораторных исследований:* общий анализ крови: Эр- 4,8 Т/л, Нв – 120 г/л, ЦП – 0,85 тромбоциты – 290 Г/л, Л – 11,0 Г/л, п-2%, с-68%, лимф-20%, мон-6%, э-4%. СОЭ - 18 мм/ч. Общий анализ мочи в норме. Реакция кала на скрытую кровь положительная. Время свертывания по Ли-Уайту - 4 мин., длительность кровотечения по Дьюку – 3 минуты, фибриноген плазмы крови – 6 г/л.

*Вопросы:*

*Обоснуйте клинический диагноз.*

*Составьте план обследования и лечения.*

*Ответ.*

*Диагноз:* Геморрагический васкулит, кожно-суставная-абдоминальная форма, острое течение.

*Наличие папулезно-геморрагической сыпи, симметрично расположенной, с преимущественной локализацией на передней поверхности голеней, голеностопных суставов, ягодицах; абдоминальный синдром и суставной синдром (отечность голеностопных суставов, боли при движении). Гиперкоагуляция, гиперфибриногенемия; лейкоцитоз, нейтрофилез, эозинофилия, ускорение СОЭ; положительная реакция Грегерсена.*

*Лечение:* а) строгий постельный режим; б) стол гипоаллергенный (исключить облигатные аллергены); в) гепарин 200-300 ед/кг/сутки; г) курантил (3-5 мг/кг); д) антигистаминные препараты, (зиртек, парлазин, ксизал); е) энтеросорбенты (смекта, энтеросгель, полифепан, фильтрум); В случае отсутствия эффекта в ближайшие 5-7 дней ребенку необходимо назначить лечение: 1) преднизолон 1 мг/кг; 2) свежемороженая плазма; 3) трентал (5-10 мг/кг) на 100 мл физиологического раствора.

### Тема 2 Пойкилодермия врожденная Томсона Акрогерия семейная Готтрона.

2. У ребенка 11 лет через 10 дней после перенесенной ангины появились жалобы на слабость, головные боли, урежение мочеиспусканий, боли в пояснице. При осмотре ребенок бледен, отмечаются отеки на лице и голенях. Моча цвета «мясных помоев».

*Из анамнеза жизни:* ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне обострения хронического пиелонефрита на 24-26 неделе (первая беременность – медицинский аборт), роды 1 срочные. Вес при рождении 3000 г., длина 51 см, окружность головы 36 см, окружность груди 34 см. На грудном вскармливании до 4 месяцев. Профилактические прививки по календарю.

Переболел ветряной оспой в 4 года, острые респираторные инфекции до 4-5 раз в год. Из семейного анамнеза: у отца – хронический тонзиллит, у бабушки по линии матери – сахарный диабет II тип.

*При объективном осмотре:* состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Зев чистый, розовый, небные миндалины 1-2 степени, рыхлые, спаяны с небными дужками, лакуны расширены. Периферические лимфатические узлы пальпируются в 3 группах: подчелюстные 1,2 × 0,4 см, подмышечные и паховые 0,5 × 0,3 см, единичные, эластичные, безболезненные, подвижные. Границы относительной сердечной тупости: левая – на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, правая – по правому краю грудины, верхняя – 3 ребро. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, короткий систолический шум на верхушке, акцент 2-го тона на аорте, АД – 135/80 мм. рт. ст. Печень пальпируется на 2 см из-под края реберной дуги, болезненна при пальпации. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Стул оформленный. Моченспускание редкое. Суточное количество мочи 450 мл.

*Результаты лабораторных исследований:* общий анализ крови: Эр- 2,8 Т/л, Нв – 100 г/л, Л-14,0 Г/л, п-2%, с-54%, лимф-32%, мон-8%, э-4%, тромбоциты- 240 Г/л, СОЭ – 37 мм/ч. Общий белок – 67,0 г/л, альбумины – 33,0%, глобулины: α<sub>1</sub> – 7,0%, α<sub>2</sub> – 19,0%, β-20,0%, γ-21,0%. СРБ – 31 мг/л (N= 0-10 мг/л). Очищение по эндогенному креатинину: фильтрация – 68 мл/мин, реабсорбция – 96,0 %, мочевины сыворотки крови – 12 ммоль/л, креатинин – 44 мкмоль/л.

*Глазное дно:* застойные явления.

*Анализ мочи:* моча цвета «мясных помоев», удельный вес – 1028, белок – 1,28 г/л, Л- 20-30 в п/зрения, Эр - выщелоченные, покрывают все п/зрения, эпителий плоский – 2-4 в п/зрения, цилиндры гиалиновые – 4-5 в п/зрения. Посев мочи стерил.

Вопросы: 1. Обоснуйте клинический диагноз. 2. Составьте план обследования и лечения.

*Ответ.*

*Диагноз:* Геморрагический васкулит.

*Обследование:* А) ЭКГ; б) моча по Нечипоренко; в) суточная экскреция белка; г) электролиты сыворотки крови; д) коагулограмма; е) консультация ЛОР врача; ж) УЗИ почек

*Лечение:* I этап – стационар: а) режим постельный; б) стол № 7; в) антибиотики пенициллинового ряда в половине суточной дозы (пенициллин 50 тыс. ед/кг) курс 10 дней г) эуфиллин per os 5 мг/кг, д) гепарин п/к через 4 часа (200 ед/кг); е) курантил 2-3 мг/кг/сутки per os; ж) антигистаминные (кисал, зиртек); з) гипотензивные средства (каптоприл 0,1-0,2 мг/кг/сутки); з) витамины А, В1, В2, В6, С, Р, Е;

#### Раздел 4. Зудящие дерматозы

##### Тема 1 Кожный зуд. Строфулюс. Пруриго взрослых. Узловатое пруриго.

1. Больной 62 лет жалуется на выраженный зуд всего кожного покрова, бессонницу. Болен около двух месяцев, к врачу не обращался. Вначале зуд беспокоил один-два раза в неделю, затем ежедневно. Появились раздражительность, бессонница, быстрая утомляемость. Отмечает, что около полугода беспокоят утренняя жажда и немотивированное увеличение массы тела. Из перенесенных заболеваний болезнь Боткина два года назад, хронический гастрит, простудные заболевания.

*Объективно:* кожа сухая, на спине, животе, верхних и нижних конечностях множественные эскориации. Ногтевые пластинки кистей «отполированы».

Поставьте клинический диагноз. Какие дополнительные исследования необходимы для выявления этиологического фактора?

2. На прием к врачу обратился мужчина, 26 лет, с жалобами на зуд и высыпания в области локтевых и подколенных ямок, бессонницу, раздражительность. Зуд преобладает в ночное время. Заболевание связывает с перенесенной в детстве экземой. Обострения наступают в осенне-зимний период времени. Летом, особенно после пребывания на море, чувствует себя хорошо. Неоднократно лечился амбулаторно с временным эффектом. Страдает бронхиальной астмой, хроническим тонзиллитом, отмечена непереносимость к пенициллину. Мать с детства болеет экземой.

*Объективно:* сыпь носит распространенный характер, очаги поражения располагаются в подколенных впадинах и локтевых сгибах, а также на лице, шее. Сыпь представлена мелкими округлыми папулами, местами элементы сливаются, образуя участки сплошной инфильтрации и лихенификации. Кожа сухая, имеются множественные эскориации и мелкоотрубевидные чешуйки. Ногтевые пластинки на кистях «отполированы». Дермографизм- стойкий белый.

Ваш предположительный диагноз и лечебные мероприятия.

##### Тема 2 Нейродермит ограниченный (лишай Видаля). Клиническая картина атопического дерматита. Классификация по возрастным периодам.

3. Больная 35 лет, жалуется на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом.

Первые высыпания появились три дня назад, связывает с приемом в пищу цитрусовых и шоколада. Элементы самопроизвольно через несколько часов исчезают, затем появляются вновь на других местах. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический гастрит, колит.

*Объективно:* на коже туловища, конечностей имеются множественные, возвышающиеся над окружающей кожей, ярко-красного цвета отечные высыпания различных размеров, местами сливающиеся в обширные очаги с фестончатыми краями. Ваш предположительный диагноз и план лечения?

4. На прием обратилась мать с ребенком 9 месяцев с жалобами на высыпания по всему кожному покрову, сопровождающиеся зудом. Первые высыпания появились 3 месяца назад, совпали с прорезыванием первых зубов и переходом на искусственное вскармливание.

*Объективно:* на коже лица, туловища, разгибательных поверхностях конечностей имеются множественные отечные узелки размером до 0,5 см. ярко-розового цвета, в центре которых везикулы, геморрагические корочки, единичные волдыри. Какой предположительный диагноз, план обследования и лечения?

##### Тема 3 Клинические формы атопического дерматита. Диагностика атопического дерматита.



5. На прием к врачу обратилась больная, 52 лет., с жалобами на высыпания на конечностях, сильный зуд.

Больна около трех лет. Начало заболевания ни с чем не связывает. Неоднократно лечилась амбулаторно с временным успехом. Сопутствующие заболевания – хронический холецистит, дуоденит.

*Объективно:* сыпь носит распространенный характер, занимает кожу верхних и нижних конечностей. Представлена не сливающимися друг с другом полушаровидной формы плотными буровато-красного цвета узелками величиной до 1,0 x 1,0 см. Элементы резко выступают над уровнем нормальной кожи, на поверхности отдельных из них отмечается скопление плотных сероватого цвета чешуек. Имеются множественные эскориации, кровянистые корочки.  
Ваш предположительный диагноз и лечение?

#### Раздел 5. Лихены

##### Тема 1 Красный плоский лишай. Вульгарный псориаз. Блестящий лишай.

1. На прием к дерматологу обратился больной И., 45 лет, с жалобами на высыпания по всему кожному покрову, сопровождающиеся зудом.

Считает себя больным в течение трех месяцев. Первые высыпания появились в летнее время года на волосистой части головы, затем на разгибательной поверхности предплечий, на туловище. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отец больного и дед страдали подобным же заболеванием. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический холецистит.

*Объективно:* высыпания носят распространенный характер, симметричные, локализируются на разгибательной поверхности конечностей, на туловище, волосистой части головы. Представлены монотипной папулезной сыпью, ярко-красного цвета, округлой формы, размерами от 0,5 до 1 см в диаметре, бляшками размером 5 x 5 см. Поверхность папул в центре покрыта серебристо-белыми чешуйками, по периферии – ободок ярко-красного цвета. Наблюдается появление новых папул и их периферический рост. При поскабливании высыпаний появляется гладкая блестящая поверхность, затем точечное кровотечение. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

2. Больной Н., 37 лет, жалуется на высыпания на разгибательных поверхностях конечностей, сопровождающиеся зудом, боли в области правого лучезапястного и межфаланговых суставов кистей, изменения ногтевых пластинок.

Болен около 5 лет, когда впервые осенью на разгибательной поверхности локтевых суставов появились высыпания, покрытые чешуйками. Затем такие же высыпания появились в области коленных суставов. Обострение заболевания отмечает в зимнее время года, летом – улучшение. Боли в суставах беспокоят в течение года. Страдает хроническим тонзиллитом.

*Объективно:* На разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов имеются бляшки бурого цвета, размером 5 x 8 см, по всей поверхности покрытые серебристо-белыми чешуйками. Периферического роста бляшек, появления новых элементов не наблюдается. При поскабливании бляшек появляется «стеариновое пятно».

Ногтевые пластинки утолщены, отмечается симптом «наперстка». В области правого лучезапястного сустава, межфаланговых суставов кистей имеется припухлость, деформация дистальных фаланговых суставов, движения в них ограничены.

На рентгенограммах правого лучезапястного и межфаланговых суставов кистей определяются сужение суставных щелей, околосуставной остеопороз. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

3. На прием к врачу обратился больной М., 40 лет, с жалобами на высыпания по всему кожному покрову, незначительный зуд.

Впервые высыпания появились 2 месяца назад, когда после нервно-психической травмы на разгибательных поверхностях предплечий заметил единичные папулезные элементы. Со временем процесс распространился на туловище. Занимался самолечением, смазывал кожу фторокортом. Страдает хроническим тонзиллитом. У родного брата отмечается такое же заболевание.

*Объективно:* Сыпь носит распространенный характер, локализуется на туловище, разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, волосистой части головы. Представлен папулами размером от 1 до 3 см в диаметре, на туловище слившимися в крупные бляшки, занимающими почти всю поверхность живота. Высыпания розового цвета, их поверхность полностью покрыта серебристо-белыми чешуйками. В центре бляшек имеются очаги просветления. Поставьте диагноз и назначьте лечение больному.

4. Женщина страдает псориазом 10 лет. Процесс рецидивирует обычно зимой. Получила амбулаторно по 20 инъекций витамина В1 и В12, внутрь витамин А в виде масляного концентрата в течение 1 месяца.

При осмотре на коже туловища рассеяны крупные бляшки, занимающие участки до 10 x 15 см. Цвет их синюшный, рисунок кожи подчеркнут. Поставьте развернутый диагноз и назначьте дальнейшее лечение.

5. На прием обратился больной, 32 лет, у которого впервые диагностирован псориаз. Болен 3 месяца. Какие обследования следует назначить больному, учитывая современные представления о патогенезе данного дерматоза.

6. Больная Н., 37 лет, жалуется на высыпания на коже туловища и предплечий, сопровождающиеся выраженным зудом. Больна в течение трех недель. Заболевание связывает с нервным перенапряжением на работе. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический гастрит, хронический тонзиллит.

*Объективно:* на коже живота, груди, сгибательных поверхностях предплечий располагаются розово-красного цвета с ливидным оттенком папулы полигональных очертаний с восковидным блеском, в центре папул имеется пупковидное вдавление. При смазывании папул вазелиновым маслом отмечается их поперечная исчерченность. Ногтевые пластинки отполированы. Периферические лимфоузлы не увеличены. Поставьте диагноз и назначьте лечение больной.

7. Больная А., 63 лет, жалуется на высыпания на коже голеней, выраженный зуд, бессонницу. Больна около года, к врачу не обращалась. Заболевание началось после психотравмы.

*Объективно:* высыпания локализируются на переднебоковых поверхностях голени. Представлены бородавчатоподобными образованиями округлой формы, с синюшным оттенком, покрытыми гиперкератотическими наслоениями. Встречаются и полигональные папулы с восковидным блеском и пупковидным вдавливанием в центре. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

8. На слизистой оболочке рта по линии смыкания зубов располагается слегка возвышающаяся над уровнем слизистой белесоватого цвета сыпь, формирующая дуги, небольшие кольца и полосы. Субъективно – небольшое жжение, которое и заставило больную обратиться к врачу. При осмотре подобные же высыпания отмечены на внутренней поверхности больших половых губ. Ваш предположительный диагноз?

#### Раздел 6. Профессиональные болезни кожи

##### Тема 1 Профессиональные дерматозы. Распространенность профессиональных дерматозов. Этиология профессиональных дерматозов.

1. Больному, 32 лет, при обслуживании аккумулятора на кожу попал электролит, содержащий концентрированную серную кислоту. Больного беспокоит болезненность в области поражения, на коже в местах попадания электролита появились очаги эритемы с четкими границами, пузыри и эрозии.

1. Поставьте диагноз. – Простой контактный дерматит.

2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать имеющееся у пациента заболевание? – С аллергическим контактным дерматитом.

3. В чем сходство и в чем отличие этих заболеваний? Разные раздражители, отсутствие явления сенсибилизации, четкие границы поражения, стадийность (пятно-пузырь-некроз), субъективно – боль и жжение, а не зуд.

4. Назначьте лечение. – Примочки, КС мази, индифферентные ПВС ЛС (пантенол, бипантен).

5. Останутся ли рубцовые изменения в области поражения? – Да?

2. К Вам обратилась больная, у которой после однократного, но длительного пребывания на южном солнце появилась гиперемия, пузыри на участках тела, не защищенных купальником.

1. Поставьте диагноз. – Простой контактный дерматит (ожог).

2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать имеющееся у пациента заболевание? – С аллергическим контактным дерматитом.

3. В чем сходство и в чем отличие этих заболеваний? - Разные раздражители, отсутствие явления сенсибилизации, четкие границы поражения, стадийность (пятно-пузырь-некроз), субъективно – боль и жжение, а не зуд.

4. Назначьте лечение. - Примочки, КС мази, индифферентные ПВС ЛС (пантенол, бипантен).

5. Какие мероприятия рекомендуете для профилактики рецидивов заболевания? – Избегание длительного нахождения на солнце

3. К Вам направлена больная 43 лет из кабинета физиотерапии, где ей проводили лечение радикулита с использованием примочек с димексидом и новокаином на пояснично-крестцовый отдел. После третьего сеанса на коже поясницы появились очаги эритемы с неправильными очертаниями, без четких границ. Больную беспокоит сильный зуд в очагах поражения.

1. Поставьте диагноз. – Аллергический контактный дерматит?

2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать имеющееся у пациента заболевание? – С экземой, простым контактным дерматитом?

3. В чем сходство и в чем отличие этих заболеваний? - Разные раздражители, отсутствие явления сенсибилизации, четкие границы поражения, стадийность (пятно-пузырь-некроз), субъективно – боль и жжение, а не зуд – для простого контактного дерматита.

4. Назначьте лечение. - Присыпки, КС мази и индифферентные ПВС (пантенол, бипантен). Антигистаминные и десенсибилизирующие ЛС.

5. Какие мероприятия рекомендуете для профилактики рецидивов заболевания? - Исключение из плана лечения примочек с димексидом и новокаином

##### Тема 2 Классификация химических веществ по их действию на кожу. Патогенез профессиональных аллергических болезней кожи.

4. К дерматологу обратилась санитарка, работающая в операционном кабинете, с жалобами на изменения ногтевых пластинок на руках, болезненные припухания всех околоногтевых валиков. Причиной данного поражения рук считает постоянный контакт с дезинфицирующими средствами (хлорная известь, хлорамин, лизол и др.), с которыми она работает длительное время. При осмотре отмечается желтовато-бурая окраска всех ногтей, поперечная их исчерченность, повышенная ломкость. Околоногтевые валики гиперемированы, отечны, прикосновение к ним болезненное. 1. Предполагаемый диагноз? 2. Принципы лечения и профилактика?

5. Больной 25 лет, рабочий мясокомбината, обратился на прием к врачу с жалобами на появление на правой кисти ограниченной резко болезненной отечности, эритемы, сопровождающейся жжением, болью, температура - 37.7°C. При сборе анамнеза выяснено, что за 3 дня до обращения к врачу пациент при разделке туши коровы порезал острой костью правую кисть. Примерно через день после этого случая больной отметил появление покраснения отечности и болезненности в указанном участке кисти, и повышение температуры. 1. Какое заболевание диагностировано у больного? 2. Какова этиология данного заболевания? 3. Какое лечение нужно назначить больному?

6. Женщина 34 лет, работающая поваром, обратилась на прием к дерматологу с жалобами на повышенную красноту лица, особенно носа, щек. Указанный косметический дефект длится на протяжении многих месяцев, лечение в косметологической лечебнице эффекта не дает. При осмотре на лице отмечается багрово-красная окраска кожи вследствие обильной сети расширенных кровеносных капилляров. 1. В чем причина подобного поражения кожи? 1. Можно ли описанное изменение кожи считать профессиональным заболеванием? 2. Что можно посоветовать пациентке?

7. В дерматологический стационар поступила женщина 27 лет, работающая швеей. Причина госпитализации связана с поражением кистей, которое длится более 2 месяцев. Из анамнеза установлено, что больная начала работать на швейной фабрике около 3 месяцев тому назад, на работе она занята раскройкой тканей и их шиванием на швейной машине. Объективно: на коже обеих кистей, особенно правой, множество гиперемированных очагов с нечеткими границами. В области очагов отмечаются папулезные везикулезные элементы, эрозии, мокнутие, серозные и кровавистые корочки. 1. Предполагаемый диагноз? 1. Принципы лечения? 2. Рекомендации больной после выписки?

8. На прием обратился мужчина 42-х лет с жалобами на поражение кожи кистей и предплечий, интенсивный зуд кожи. Считает себя больным около года. Заболевание связывает со своей работой на мебельной фабрике, где имеет контакт с различными красками и лаками. При осмотре: кожа кистей отечна, гиперемирована, на коже тыла кистей масса везикул и эрозий, отмечается

- мокнутие. На предплечьях - папулы и везикулы, серозные корки. 1. Предполагаемый диагноз? 2. Необходимые обследования для уточнения диагноза? 3. Принципы лечения и профилактика?
9. На прием обратился рабочий кож завода с жалобами на поражение кожи обеих кистей. Болен около года. На работе имеет контакт с различными растворами, которые применяются для обработки кожи. При осмотре: кожа кистей гиперимирована, на ладонях явления гиперкератоза, трещины, на тыле кистей - на фоне гиперемии - папулы, лихенизация. 1. Предполагаемый диагноз? 2. Необходимые обследования для уточнения диагноза? 3. Принципы лечения и профилактика?
10. К дерматологу обратилась больная 32 лет с жалобами на распространенную зудящую сыпь, которая развилась после сильного стресса, связанного с автомобильной аварией. При осмотре на коже туловища, конечностей, волосистой части головы определяется большое количество диссеминированных мелкопапулезных элементов ярко-розового цвета, многим из которых присуще центральное серебристо-белое шелушение. В некоторых местах папулезные элементы слились в фигуры неправильной формы. На коже туловища в местах повреждений кожи от расчесов имеются папулы, которые в виде цепочек располагаются по ходу царапин. 1. О каком заболевании следует думать? 2. Как подтвердить предполагаемый диагноз? 3. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

### Раздел 7. Атрофии и гипертрофии кожи

#### Тема 1 Старческие атрофии и дистрофии. Врожденная гипоплазия кожи. Синдромы преждевременного старения.

1. Больная 40 лет доставлена в больницу с жалобами на внезапное появление высыпаний на коже лица, туловища, конечностей, сопровождающихся сильным зудом. Со слов больной, накануне она ела апельсины. Объективно: патологический процесс носит распространенный характер. В очагах поредения волос имеются признаки рубцовой **атрофии** кожи. От волос исходит неприятный «мышинный» запах. 1. Для какого заболевания характерна подобная картина?
2. На поликлиническом приеме к врачу-хирургу обратилась девочка 14 лет. Известно, что в течение последних 2-х месяцев у девочки отмечаются недомогание, головные боли, несколько раз повышалась температура тела до фебрильных значений без видимой причины. Около месяца назад во время прыжка на уроке физкультуры упала, последнее время жалуется на боль в коленном суставе. При осмотре больной объективные изменения коленного сустава не определялись. Врач расценил патологию как результат травмы и назначил физиотерапевтическое лечение. Через 3 сеанса УВЧ-терапии состояние больной ухудшилось - появились эритематозные высыпания на щеках, болезненность и припухлость межфаланговых суставов кистей, повысилась температура тела до 38,2 оС. Девочка была госпитализирована.

*При поступлении* состояние средней тяжести. Отмечается бледность, сухость кожи, на лице в области щек и переносицы эритема ярко розового цвета, явления капиллярита на ладонях. На слизистой оболочке полости рта единичная афта. Отечность и болезненность межфаланговых и лучезапястных суставов. Выражено распространенное увеличение лимфатических узлов всех групп. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 104 в минуту. Печень выступает из-под реберного края на 3 см.

*Общий анализ крови:* Нб – 85 г/л; эритроциты – 3,1 x 10<sup>12</sup>/л; ретикулоциты – 10%; тромбоциты – 96 x 10<sup>9</sup>; лейкоциты – 3,8 x 10<sup>9</sup>/л, п/я – 10 %, с/я – 58 %, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 25 %, моноциты – 6 %; СОЭ – 65 мм/час.

*Общий анализ мочи:* определялся белок 0,66‰ при нормальном мочевом осадке.

#### Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Что вам известно о предрасполагающих факторах развития заболевания?
4. Отражает ли состояние, возникшее у девочки на фоне лечения, индивидуальную реакцию на физиотерапевтическое воздействие или это естественное развитие заболевания, ошибочно диагностированного ранее как посттравматический процесс? Обоснуйте. Какие сведения необходимо уточнить у родителей для выяснения возможных причинно-следственных механизмов?
5. Как вы представляете патогенез заболевания?
6. Какие результаты дополнительных лабораторных обследований следует использовать для подтверждения предположительного диагноза?
7. Каковы будут ваши рекомендации по лечебной тактике?

#### Тема 2 Гипертрофические рубцы. Келоид.

3. Келоид —это результат: а) гиалинизации рубца; б) роговой дистрофии; в) гипертрофии; г) регенерации мышечной ткани; д) инфаркта. 2. Регенерационная гипертрофия обычно встречается

#### Тема 3 Склеродермоподобные заболевания. Склередема взрослых Бушке. Склерема новорожденных. Дерматосклероз при расстройствах циркуляции.

4. Больная 24 лет, жалуется на повышение температуры тела, отек и эритему в области орбит. Лечилась у окулиста от

- аллергической реакции, эффект от лечения отсутствовал. Через 2 мес. орбитальные отеки и гиперемия увеличились, распространились на все лицо, нарастала мышечная слабость. Объективно: резко выраженная диффузная атрофия мышц, отек и эритема параорбитальной области, эритема кожи шеи, над локтевыми и коленными суставами, в области пальцевых подушечек капилляры с изъязвлениями. Голос низкий, силовый. Глотает с большим трудом даже жидкую пищу, поперхивается. 1. О каком заболевании Вы думаете? 2. Какие лабораторные исследования необходимо сделать для подтверждения диагноза?
5. Больная 40 лет доставлена в больницу с жалобами на внезапное появление высыпаний на **коже** лица, туловища, конечностей, сопровождающихся сильным зудом. Со слов больной, накануне она ела апельсины. Объективно: патологический процесс носит распространенный характер. ... В очагах поредения волос имеются признаки рубцовой **атрофии кожи**. От волос исходит неприятный «мышинный» запах. 1. Для какого заболевания характерна подобная картина?

#### Раздел 8. Пузырные и вирусные дерматозы

##### Тема 1. Пузырчатка вульгарная. Буллезный пемфигоид. Герпетиформный дерматит Дюринга. Опоясывающий герпес. Простой герпес. Бородавки. Контагиозный моллюск

А. На прием к врачу обратился мальчик 10 лет. Жалуется на высыпания, появившиеся на кистях. Беспокойств не причиняют. Со временем количество их постепенно увеличивается. Узелки появились примерно год тому назад. Больной пытался срезать их, но они вновь возникали и увеличивались в размерах.

Объективно. На коже 4-го пальца видны телесного цвета плотные, безболезненные, возвышающиеся над уровнем кожи, полушаровидные, невоспалительные узелки. Поверхность их имеет шероховатый вид. Диагноз и лечение.

1. Мужчина 30 лет, жалуется на высыпания на головке полового члена, не вызывающие субъективных расстройств. Болеет в течение 3 месяцев. Элементы сыпи постоянно увеличиваются в размерах. Объективно: в области венечной борозды, на головке полового члена имеются папулы величиной до 0,4 см, цвета нормальной кожи, местами с белесоватым оттенком вследствие мацерации, мягкой консистенции, расположенные на узкой ножке. Поверхность папул имеет дольчатое строение, напоминающее по внешнему виду цветную капусту. Поставьте клинический диагноз, назначьте лечение больному.
2. На прием к врачу обратились родители с мальчиком 2,5 лет. Их беспокоило, что на коже туловища ребенка появились узелки. Субъективных жалоб мальчик не предъявляет. Впервые эти узелки заметили две недели тому назад, их количество постоянно увеличивалось. Родители отметили, что подобные образования имеются на теле еще у трех детей, которые вместе с их ребенком посещают детское учреждение.

*Объективно.* На коже живота ребенка расположено до двух десятков узелков, цвета нормальной кожи с перламутровым оттенком, размерами от 0,1 до 0,5 см, полушаровидной формы с кратерообразным вдавливанием в центре. При раздавливании пузырька пинцетом появляется творожисто-подобное содержимое. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.

3. Больная жалуется на высыпания на красной кайме нижней губы, сопровождающиеся жжением. Высыпания возникают уже третий раз. Промежутки между рецидивами составляют 2-3 месяца. Отмечает связь рецидивов с переохлаждениями, простудными заболеваниями. При осмотре на красной кайме нижней губы на фоне эритемы сгруппированные пузырьки с серозным содержимым, серозные корочки. Поставьте диагноз и назначьте лечение.
4. У девочки 14 лет с дисменореей в период появления месячных в области левой большой половой губы на фоне эритемы появляются сгруппированные, близко расположенные, но не сливающиеся пузырьки размером 0,2х0,2 см с серозным экссудатом. Субъективно - зуд, жжение. Ваш предположительный диагноз и лечение.
5. В семье двое детей. Младший ребенок заболел ветряной оспой. У старшего через 7 дней появились боли приступообразного характера, иррадиирующие по ходу межреберных нервных ветвей слева. В дальнейшем появилась эритема и сгруппированные пузырьки величиной 0,5х0,5 см. Покрышка пузырьков напряжена, имеется пупкообразное вдавливание, содержимое мутноватое. Поставьте диагноз, назначьте лечение.
7. Больная 57 лет, жалуется на общее недомогание, сильные боли в правой половине грудной клетки и на высыпания в этой же области. Заболела 4 дня назад. Заболеванию предшествовало переохлаждение. Объективно: в Y-YI межреберных промежутках справа имеется 4 очага поражения размерами от 4 до 8 см в диаметре. В очагах видны группы многочисленных пузырьков с серозным экссудатом; кожа, на которой расположены пузырьки, отечна, розово-красного цвета. Поставьте диагноз, назначьте лечение больной.
8. На прием к врачу обратился больной 48 лет с жалобами на эрозии в полости рта и появление пузырей на коже туловища. Заболел на фоне полного благополучия, когда появились эрозии в полости рта, обращался к стоматологу. Лечение было не эффективным. Через 2 месяца появились пузыри на туловище. Они вскоре вскрылись, на их месте образовались болезненные эрозии. Прием пищи затруднен.

*Объективно.* Сыпь носит распространенный характер, однако основная часть пузырей располагается в верхней половине туловища и полости рта. Некоторые пузыри напряжены, другие – с вялой покрышкой. Их размер от 1 до 3 см, наполнены прозрачной и мутной жидкостью. На месте вскрывшихся пузырей остаются мокнувшие, полициклических очертаний эрозии. Некоторые из них покрыты слоистыми коричневыми корочками. Обильное число эрозий обнаружено на слизистой полости рта. Симптом Никольского положительный. Диагноз? Дополнительные методы исследования и лечение.

9. Больная 40 лет, жалуется на высыпания в подмышечных и паховых складках, на общую слабость и умеренную болезненность в очагах поражения кожи. Болея около 6 месяцев. Объективно. В подмышечных областях и паховых складках эрозии ярко-красного цвета. Кожа вокруг эрозий не изменена. По периферии эрозий бордюр из отслаивающегося эпидермиса. На дне эрозий имеются мягкие папилломатозные разрастания, покрытые сероватым налетом. Ваш предположительный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
10. Больной 55 лет, жалуется на высыпания на коже туловища. Болен 3 года. За это время было 4 рецидива заболевания. Средняя продолжительность обострений около 3 месяцев. Ремиссии длятся от 2-3 месяцев до 1 года. Появлению высыпаний предшествует чувство покалывания и сильного жжения. *Объективно*: на коже груди, живота, спины имеется полиморфная сыпь, представленная пятнами, узелками, пузырьками, пузырями и волдырями. Высыпания расположены группами. Кожа вокруг пузырьков и пузырей отечна, имеет розово-красную окраску. На местах вскрывшихся пузырей эрозии, покрытые корками. Поставьте диагноз, назначьте лечение. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

## Раздел 9. Дисхромические дерматозы

### Тема 1. Меланодермии. Генерализованная меланодермия. Ограниченная меланодермия. Токсическая меланодермия.

1. Пациент, 2 года. Краткий анамнез: с рождения 2 пятна на бедре, не растут, не беспокоят. Не лечился. Сопутствующие заболевания: открытое овальное окно, наблюдается у кардиолога.  
Локальный статус: На задней поверхности правого бедра имеются 2 гипопигментированных пятна с резкими четкими границами, эпидермис истончен, просвечивают сосуды. Размеры пятен 6?4 и 6?5 мм. Депигментированные пятна на бедре  
Каков диагноз?

Правильный ответ: Аплазия кожи врожденная

### Тема 2 Ахромии. Альбинизм.

2. Пациентка, 31 год. Краткий анамнез: около 2 лет светлые пятна на коже, летом их становится больше. Не лечилась. Сопутствующие заболевания: избыточная масса тела.  
Локальный статус: на плечах вблизи подмышек, спине, груди, под молочными железами множественные гипопигментированные пятна разных размеров с четкой границей без признаков шелушения. Гипопигментированные пятна на спине разных размеров с четкой границей без признаков шелушения  
Какие исследования могут помочь в установлении диагноза?

Правильный ответ: Йодная проба, исследование с помощью лампы Вуда

### Тема 3 Витилиго.

3. Пациентка, 4 года. Краткий анамнез, течение болезни: первый очаг депигментации родители заметили 4 мес назад на правом верхнем веке, затем очаги появились на левом веке, пальцах рук и запястьях. Не лечилась. У отца ребенка витилиго с возраста полового созревания, в семье еще один здоровый ребенок. Сопутствующие заболевания: редкие простудные заболевания.  
Локальный статус: на веках с обеих сторон депигментированные пятна овальной формы размером около 1,5 см с ровными четкими границами, слабо заметные на фоне окружающей светлой кожи. На пальцах кистей и запястьях множественные сливающиеся между собой депигментированные пятна. Множественные сливающиеся между собой депигментированные пятна на запястье  
Определите тип и подтип витилиго. Правильный ответ: Несегментарное акрофациальное витилиго
4. Пациентка, 40 лет. Краткий анамнез: 6 мес назад весной появились белые пятна на коже, непродолжительно пользовалась глюкокортикоидной мазью без успеха, затем были назначены витамины, наружное лечение не проводилось. Сопутствующие заболевания: Аллергические реакции на пыль - зуд, высыпания.  
Локальный статус: на лице в области подбородка расположен овальный участок депигментации 2?3,3 см с четкими границами, округлый сходный участок диаметром 0,7 см расположен у правого угла рта и еще один овальный 0,6 см - на подбородке справа. На щеках слабо заметные пятна гипопигментации разных размеров.  
В области подбородка овальный участок депигментации 2?3,3 см с четкими границами  
Пациентка хочет провести хирургическое лечение витилиго.  
Укажите основное противопоказание к назначению хирургического лечения.

Правильный ответ: Нестабильность витилиго

### Тема 4 Профессиональная лейкодерма.

5. Пациентка, 9 лет. Краткий анамнез, течение болезни: первые очаги депигментации родители заметили в 5-летнем возрасте на кистях, затем появились очаги на стопах, коленях, в паховой области и на спине. При обследовании в детской поликлинике выявлены двусторонняя глухота и дисплазия тазобедренного сустава. Не лечилась. У тети ребенка со стороны матери также глухота.  
Локальный статус: на стопах (рис. 15), кистях, внутренней поверхности обоих бедер, спине с обеих сторон множественные сливающиеся между собой депигментированные пятна разного размера с ровными четкими границами.  
Сливающиеся депигментированные пятна на стопе  
Какое дополнительное обследование нужно провести и какое заболевание или синдром исключить?

Правильный ответ: Обследование у генетика, исключить другие не связанные с витилиго синдромы

## Раздел 10. Инфекционные и паразитарные болезни кожи

### Тема 1. Стептодермии. Стафилодермии.

1. На коже в области левой носогубной складки у больного располагается узел размерами 2 x 1,5 см. Кожа над ним ярко красного цвета, в центре видна пустула. Эритема распространяется за пределы узла. При пальпации резкая болезненность. Болен 2 дня. Диагноз больного и тактика врача?
2. На прием обратился больной, заметивший изменения на слизистой оболочке нижней губы. На указанном месте располагается опухолевидное образование величиной 0,8 см, возвышающееся над уровнем окружающей слизистой, красного цвета, как бы висящее на ножке. При дотрагивании кровоточит. Воспалительная реакция вокруг не определяется. Заметил 3 месяца назад. Опухоль медленно увеличивается в размере. Ваш диагноз и лечебные мероприятия.
3. На прием обратился больной 32 лет, отмечающий появление воспалительных узлов с пустулезными элементами в центре в течение трех месяцев. Занимался самолечением: накладывал на узлы повязки с ихтиоловой мазью. Узлы вскрывались с выделением гноя, но на новых местах продолжали появляться новые элементы.

При осмотре на коже туловища, плеч, бедер имеется до 10 узлов величиной от 1,0 x 1,0 до 1,5 x 1,5 см. Кожа над некоторыми из них ярко-красного цвета, отечная, в центре узлов видны пустулы. Кожа над другими элементами синюшно-красного цвета, в центре – небольшие изъязвления, из которых выделяется гной. Кроме того, имеются свежие рубцы величиной 0,5 x 0,5 см синюшно-красного цвета. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?

4. В подмышечной области у больного пальпируется узел величиной 2 x 2 см. Кожа над ним ярко-красного цвета, отечная, в центре имеется пустула. Субъективно резкая болезненность. Ваш диагноз и лечебные мероприятия?

## Тема 2. Туберкулез кожи

5. В родильном доме у новорожденного на 3-й день жизни появились рассеянные пузырьные высыпания на коже туловища и конечностей. Содержимое их серозно-гнойное, вокруг выражена эритема. Ладони и подошвы свободны от высыпаний. Повысилась температура тела до 37,8° С. Диагноз, тактика обследования и лечения.
6. У ребенка двух месяцев на коже затылка, спины, ягодиц имеются множественные узлы, плотные, резко ограниченные, величиной до 1,5 см в диаметре, болезненные, кожа над ними багрово-синюшного цвета. Некоторые из них размягчились, в центре их пальпируется флюктуация. Температура тела 38 °С. Болен 4 дня. Диагноз и лечебные мероприятия.
7. На прием обратился мужчина 42 лет с жалобами на наличие язвы в области головки полового члена, сопровождающейся небольшой болезненностью. Болен 3 дня. Посторонние половые связи категорически отрицает. Обследована жена – здорова.

При осмотре в области головки полового члена имеется язва размером 1,0 x 1,0 см правильных округлых очертаний, с валикообразно приподнятым краем, инфильтрированным дном мясо-красного цвета, покрытым гнойным налетом, в основании язвы определяется инфильтрат, который выходит за ее пределы. Паховые лимфатические узлы увеличены до 1,5 x 1,5 см, слегка болезненны, не спаяны между собой и с окружающими тканями. О каком заболевании следует думать? Какие следует применять методы лабораторной диагностики? Дифференциальный диагноз. Методы общей и местной терапии?

8. На прием к дерматологу обратилась мать с девочкой пяти лет с жалобами на незначительный зуд, высыпания в области подбородка.

Ребенок болен в течение 5 дней. Первоначально на подбородке появилось покраснение, затем дряблый пузырь с гнойным содержимым, который через некоторое время превратился в неровную корку соломенно-желтоватого цвета. Мать смазывала кожу в очаге поражения мазью «деперзолон», но продолжали появляться новые высыпания, в связи с чем мать обратилась к врачу. Ребенок посещает детский сад. Из расспроса матери выяснено, что у двух детей в группе имеются на коже подобные высыпания.

*Объективно:* На коже подбородка на фоне эритемы имеются слоистые корки медово-желтого цвета, местами геморрагического характера. По периферии основного очага отмечаются единичные мелкие фликтены. На коже правого носового хода корки желтого цвета. Ваш диагноз и лечебно-профилактические мероприятия?

## Тема 3. Паразитарные заболевания кожи. Тропические дерматозы

9. На прием обратился больной 23 лет, студент, с жалобами на высыпания в носогубном треугольнике и в области подбородка, иногда сопровождающиеся чувством жжения, легкого зуда или покалывания.

Болен в течение 2 лет. Первоначально на коже над верхней губой появились отдельные пузырьки с гнойным содержимым, в центре пронизанные волосом. Пустулы быстро засыхали, образуя корки, затем на том же месте появились новые высыпания. Постепенно очаг поражения расширился, заняв весь носогубный треугольник. Месяц назад такие же высыпания стали появляться на подбородке. Обращался к врачу по месту жительства, назначались дезинфицирующие растворы и мази, но лечение было неэффективным. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический ринит, холецистит.

*Объективно:* Больной раздражителен, психически подавлен. В носогубной области, на подбородке кожа инфильтрирована, имеется гиперемия, большое количество пустул, пронизанных волосами, грязно-желтые корки. Ваш диагноз и лечебные мероприятия.

10. На прием к врачу обратился больной 52 лет, рабочий, с жалобами на боль, жжение, образовавшиеся язвы на правой голени, бессонницу, общую слабость. Считает себя больным в течение 5 месяцев. Вслед за травмой средней трети правой голени появился фурункул, после вскрытия, которого образовалась язва. На фоне лечения антибиотиками (внутрь), витаминами и

наружными средствами, язва постепенно углублялась и увеличивалась в размерах, заняв всю передне-боковую поверхность голени. Из сопутствующих заболеваний отмечает очаговый туберкулез легких, тромбофлебит вен нижних конечностей.

*Объективно.* На передне-латеральной поверхности правой голени, с переходом на тыл правой стопы имеется язва с фестончатыми очертаниями, уплотненными инфильтрированными краями, неровным, рыхлым дном с вялыми серыми грануляциями и значительным количеством серозно-гноя отделимого. Ваш диагноз и лечебная тактика.

#### **Тема 4. Лейшманиоз. Лепра.**

11. Больной 27 лет обратился на прием с жалобами на зуд кожи в ночное время. Болен 8 дней. Заболевание развивалось после пребывания в командировке.

При осмотре в межпальцевых складках кистей, на животе, внутренних поверхностях бедер отмечаются парные папуло-везикулезные элементы, эксориации, серозно-гнойные корки. Ваш диагноз и лечение.

12. Из психоневрологического диспансера поступил больной 42 лет, олигофрен. Жалуется на зуд кожи, особенно в вечернее и ночное время. Детальных сведений о начальных проявлениях дерматоза получить не удалось. Судя по косвенным данным, болен более года. За медицинской помощью не обращался.

*Объективно:* На волосистой части головы имеются массивные наслоения в виде сероватых и темно-бурых сухих корок, достигающих толщины от нескольких миллиметров до 2-3 см и более. Корки довольно плотны, легко крошатся, поверхность их шероховатая, испещренная бороздками. Подобные же корковые наслоения имеются на туловище, стопах. Центральные участки ладоней и подошв не поражены. При удалении корок обнаруживается влажная, красная поверхность. Ногти утолщены, неровные, приподняты, с наслоениями на ногтевых ложах. Ваш предположительный диагноз?

13. На прием к врачу обратилась мать с ребенком 12 лет. С ее слов ребенка беспокоит сильный зуд в височной и затылочной областях. Ребенок стал раздражительным, ночью спит плохо. Из анамнеза выяснено, что заболевание развивалось во время пребывания в детском лагере.

При осмотре на волосистой части головы, в области затылка и висков, множественные желтовато-буроватые корки, единичные фолликулиты. В затылочной области, кроме того, обнаружены множественные гниды, прикрепляющиеся к волосу, несколько выше его выхода из кожи. О каком заболевании следует думать? Наметьте план лечения данного больного и мероприятия в очаге.

### **Раздел 11. Микозы**

#### **Тема 1 Кератомикозы, дерматомикозы.**

1. Больной 48 лет, жалуется на появление пятен в подмышечных областях, не сопровождающихся субъективными ощущениями. При осмотре кожи в подмышечных областях имеются четко ограниченные пятна размером 8x10 см, буровато-коричневого цвета, с фестончатыми контурами, покрытые отрубевидными чешуйками. Поставьте диагноз, назначьте лечение.

2. На прием обратилась больная 32 лет с жалобами на появление пятен на коже груди и спины, сопровождающихся незначительным зудом. Болеет в течение года. При осмотре на коже груди и спины имеются множественные не-воспалительного характера пятна различной конфигурации и размеров, желтовато-бурого цвета с отрубевидным шелушением. Ваш предположительный диагноз? Дополнительные исследования и лечение.

3. На прием к врачу обратился больной 43 лет с жалобами на зуд, сухость, шелушение кожи стоп. Заболел три года назад, когда заметил сухость кожи стоп, трещины. Заболевание связывает с повышенной потливостью стоп, так как работать приходится в цехе с высокой температурой воздуха. Моется ежедневно после смены в общей душевой, дезинфекция которой, как удалось выяснить, не проводится. В настоящее время процесс носит стойкий характер, распространяется на тыл стоп. Сопутствующие заболевания – находится на учете у эндокринолога по поводу дисфункции надпочечников.

*Объективно:* Поражены все межпальцевые складки обеих стоп: шелушение, трещины, кожа подошв инфильтрирована, сухая, отчетливо видны кожные борозды, в которых отмечается хорошо выраженное муковидное шелушение. Процесс распространяется также на тыльные и боковые поверхности стоп и пальцев. Подобные очаги имеются на ягодицах, в паховой области. Ваш предположительный диагноз? Лечебные мероприятия.

4. На прием к врачу обратился больной 29 лет, военнослужащий, с жалобами на зуд кожи стоп, потертости. Заболевание связывает с перегреванием. После длительного похода, сняв тесную обувь, обнаружил потертости и опрелость в межпальцевых складках стоп, сопровождающиеся зудом. Подобные воспалительные явления больной отмечал и ранее, но они были выражены не столь резко. Пользуется общественной баней, страдает плоскостопием. Сопутствующие заболевания – ангиопатия нижних конечностей.

*Объективно:* процесс локализуется в межпальцевых складках обеих стоп с переходом на сгибательные поверхности пальцев и тыл стопы. Отчетливо видны эрозии, отслаивающийся, набухший роговой слой эпидермиса. На коже подошв – мелкие эрозии с явлениями мокнутия, на своде стоп – сгруппированная пузырьковая сыпь по типу «саговых зерен», выраженное шелушение. Ваш предположительный диагноз и лечебные мероприятия?

5. На прием к врачу обратился ребенок 11 лет, с жалобами на незначительный зуд и высыпания на коже лица и груди. Заболевание возникло осенью, когда родители заметили несколько круглых очагов в указанных местах. Ребенок, по свидетельству родителей, очень любит животных (кошек, собак) и, отдыхая летом у бабушки в сельской местности, неоднократно играл с ними. Сопутствующих заболеваний не имеет.

*Объективно:* На коже лица, груди, живота имеется несколько эритематозных очагов круглой формы, покрытых сероватыми чешуйками. Края очагов четкие, слегка приподняты, представлены мелкими пузырьками и серозными корочками. Ваш предположительный диагноз и лечение?

6. На прием к врачу обратился больной 38 лет, скотник, с жалобами на недомогание, головную боль, повышение температуры до 37,6 °С, «узлы» на волосистой части головы. Заболевание связывает со своей профессией – работает скотником в течение 10 лет. Ежедневно контактирует с животными – крупным рогатым скотом, у которого имеются, по свидетельству ветеринарной службы, «лишай». Сопутствующих заболеваний не имеет.

Объективно: на коже волосистой части головы несколько очагов поражения, резко очерченных, покрытых большим количеством гнойных сочных корок. После снятия корок из каждого волосного фолликула в отдельности выделяется гной, напоминающий мед в медовых сотах («медовые соты» Цельзия). Подчелюстные и шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Диагноз и лечение.

7. На прием к врачу обратился мужчина 25 лет, с жалобами на сильный зуд, интенсивную болезненность, выпадение волос, неприятный запах от волосистой части. Больным себя считает с детства, постепенно стали выпадать волосы. Они сухие, ломкие. За медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина.

Объективно. От волосистой части головы больного исходит неприятный «мышинный» запах». Волосы на большей части головы отсутствуют – особенно на теменных, затылочных областях. Кожа гиперемирована, атрофически изменена. В устьях волосяных фолликулов – пустулы, ссыхающиеся в желтовато-бурые корки. Волосы легко выдергиваются, они пепельно-серого цвета, сухие, ломкие, легко удаляются. Ваш предположительный диагноз? Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза? Методы лечения и профилактики.

**Тема 2 Кандидоз. Глубокие микозы.**

8. На прием к дерматологу обратилась больная 42 лет, кондитер, с жалобами на зуд и жжение в области межпальцевых складках кистей. Считает себя больной в течении 2-х месяцев. В складке между 3 и 4 пальцами правой кисти первоначально появились вялые пузырьки, которые быстро вскрылись, и образовалась эрозия. Занималась самолечением, смазывала кожу в очаге поражения флуцинаром. Лечение было неэффективным. Из сопутствующих заболеваний отмечает сахарный диабет легкой степени.

Объективно. В третьей межпальцевой складке правой кисти имеется эрозия розово-красного цвета с умеренно-мокнущей, гладкой, блестящей поверхностью, резко ограниченная от здоровой кожи. По периферии эрозии видны обрывки мацерированного эпидермиса, имеющего перламутровый оттенок. В глубине межпальцевой складки имеется трещина. Ваш предположительный диагноз? План лечебно-профилактических мероприятий.

9. Из терапевтического отделения на консультацию к дерматологу доставлена больная 68 лет, пенсионерка, с жалобами на зуд, жжение, высыпания в пахово-бедренных складках. Считает себя больной в течение 10 дней, когда впервые в паховой области появилась гиперемия кожи, затем плоские, вялые пузырьки, которые быстро вскрывались и образовались эрозии. Затем процесс стал распространяться на внутреннюю поверхность бедер.

В терапевтическом отделении больная находится в течение месяца по поводу двусторонней пневмонии, осложненной экссудативным плевритом. Получила 50 млн ЕД пенициллина в/м. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический анацидный гастрит, сахарный диабет средней степени тяжести.

Объективно. Процесс локализуется в пахово-бедренных складках, с переходом на лобковую область. В этих местах имеются крупные эрозии темно-красного цвета, с блестящим ливидным оттенком, полициклическими очертаниями, с резкими границами и умеренной влажностью. По периферии очагов – бордюр из белесоватого отслаивающегося мацерированного эпидермиса. Вокруг основного очага имеются мелкие очажки такого же характера. Ваш предположительный диагноз? Лечение.

10. На прием к дерматологу направлен из стоматологической поликлиники больной 36 лет с жалобами на сухость рта и жжение языка, белесоватый налет.

На протяжении 2-х недель получал внутрь тетрациклин в связи с обострением хронической пневмонии. К концу этого срока почувствовал неприятные ощущения в полости рта. Обратился к стоматологу, который назначил полоскания. Состояние не улучшилось, в связи с чем был направлен к дерматологу.

Объективно. На передней поверхности языка имеется почти сплошной налет беловато-сероватого цвета, по периферии такого же характера очаги круглой формы величиной 0,5х0,5 см. Обращают на себя внимание продольные и отчасти поперечные бороздки, а также очаги, имеющие гладкую, лишенную сосочков, красную поверхность языка. Из сопутствующих заболеваний – хронический анацидный гастрит, диабет. Ваш диагноз и лечение.

11. На прием к педиатру обратилась девочка с жалобами на поражение в углах рта. Считает себя больной в течении двух месяцев. Временами процесс улучшается, но полностью никогда не исчезает. В углах рта располагается эрозия, в центре которой имеется мацерация белесоватого цвета. Диагноз?

12. Ребенок 10 лет прислан врачом плавательного бассейна на консультацию по поводу мацерации кожи и поверхностных трещин в III и IV межпальцевых складках стоп. Предположительный диагноз. Тактика для его подтверждения. Может ли ребенок посещать бассейн?

13. На волосистой части головы у ребенка 6 лет рассеяны мелкие плешинки. Волосы в очагах обломаны на уровне 1-2 мм. При микроскопии обломанных волос обнаружены элементы гриба внутри волоса. Какой диагноз поставите больному? Лечебная тактика.

14. На коже волосистой части головы имеется 2 очага округлой формы размером 2х3 см, с четкими границами. Кожа в очагах слегка гиперемирована, шелушится, имеются обломанные волосы, возвышающиеся под уровнем кожи на 4-6 мм. Под люминисцентным аппаратом выявлено зеленоватое свечение. Поставьте больному диагноз, назначьте лечение.

## Раздел 12. Новообразования кожи

**Тема 1 Доброкачественные и злокачественные новообразования. Предраковые заболевания кожи.**

1. К дерматологу в консультацию обратился мужчина 34 лет с жалобами на высыпания в ротовой полости. Болеет в течение 3 месяцев. Свое заболевание ни с чем не связывает.

Объективно: В слизистой оболочке полости рта наблюдается очаги ороговения различной формы и величины, с четкими границами, не возвышающиеся над уровнем нормальной слизистой оболочки. Очаги поражения напоминают участки ожога от ляписа. Цвет очага серовато-белый.

Субъективные ощущения не отмечаются.

- Вопрос.
1. О каком заболевании надо думать?
  2. От чего следует остерегаться больным?
  3. Какое лечение применяют для данного заболевания?



Ответы: 1. Простая или плоская форма лейкоплакии. 2. Обработку участков поражения прижигающими медикаментозными средствами. 3. Хирургическое иссечение с последующим обязательным гистологическим исследованием, электрокоагуляция, криотерапия.

2. К дерматологу обратилась женщина 56 лет с жалобами на высыпания в области губ. Элемент существует в течение 3 лет. Объективно: В боковой части губы отмечается овальная формы эрозия с гладкой, полированной поверхностью красного цвета, покрытой прозрачной истонченной эпителием. На поверхности эрозии образовался корка, снятие которого вызывает небольшое кровотечение. При пальпации очаг не отличается от окружающей ткани.

Субъективные ощущения не отмечаются.

Вопрос.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие препараты неэффективны в лечении данного заболевания?
3. Какие препараты можно применять наружно.
4. Какое лечение применяют для данного заболевания, когда появляются признаки озлокачествления?

Ответы: 1. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти. 2. Мази содержащие кортикостероиды и антибиотики. 3. Аппликации из концентрата витамина А, D, линола, цитотоксических средств. 4. Хирургическое удаление очага поражения, с последующим обязательным гистологическим исследованием.

## **Тема 2 Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта. Классификация, Диагностика. Лечение**

3. Молодой человек обратился дерматологу с жалобами на высыпание в области губ. Элемент появились не давно. Не лечился. Объективном осмотре на не измененной красной кайме губ наблюдается серовато-красного цвета безболезненные, плотноватой консистенции узелок диаметром 5 мм, полушаровидной формы, выступающее над окружающей красной каймой на 4 мм. На поверхности узелка отмечается плотно сидящий тонкий чешуйки, которые при поскабливании не снимаются.

Вопрос. 1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику данного заболевания?

3. Какое лечение применяют для данного заболевания?

Ответы: 1. Узелковый или бородавчатый предрак красной каймы губ. 2. Бородавки и папилломы. 3. Хирургическое удаление очага поражения, с последующим обязательным гистологическим исследованием.

4. Стоматологу обратился больной на образование появившиеся на слизистой оболочке полости рта. Появился не давно, по поводу данного заболевания не лечился.

Объективно: На слизистой оболочке наблюдаются застойно-красного цвета с гладкой поверхностью пятна. На щеках вследствие атрофии некоторые из них несколько западавшие по сравнению с окружающей участками. Некоторые элементы выглядят виде лишеноподобного эфлоресценции складчатостью слизистой оболочки.

Гистологически: полиморфизм клеток шиповидного слоя, увеличение числа митозов, обнаружено гигантские и многоядерные клетки, акантоз, гиперкератоз паракератоз. Базальная мембрана сохранена, верхней части стромы определяется небольшой инфильтрат состоящий из лимфоцитов и плазмочитов.

Вопрос. 1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какое лечение применяют для данного заболевания?

Ответы: 1. Болезнь Боуэна. 2. Хирургическое удаление очага поражения, с последующим обязательным гистологическим исследованием.

## **Раздел 1. Сифилис**

### **Тема 8 Пустулезный сифилис**

1. Пациент имел однократную половую связь с больной вторичным рецидивным сифилисом. Через 4 недели на головке полового члена появилась безболезненная эрозия округлой формы, с плотным инфильтратом в основании, без остро-воспалительных явлений вокруг. Спустя 3 дня после этого вновь имел половые связи в течение четырех дней с больной вторичным рецидивным сифилисом. Возможно ли появление новых шанкров? Если да, как называется это явление? Какие особенности новых твердых шанкров?

2. Больная третичным сифилисом имела половую связь с больным вторичным свежим сифилисом. Возможно ли у нее появление признаков первичного сифилиса? Если да, как называется это явление?

3. При обследовании половой партнерши больного, страдающего вторичным свежим сифилисом, на передней губе шейки матки обнаружена язвочка округлой формы с чистым красного цвета дном. Паховые лимфатические узлы не пальпируются. Можно ли предположить специфический характер язвы и тактика врача при постановке диагноза?

4. Женщина обратилась к хирургу поликлиники по поводу язвы правой грудной железы. При осмотре в области ареолы правого соска имеется язва подковообразной формы, с уплотнением в основании, без явлений воспаления вокруг, безболезненная. Подмышечные лимфоузлы справа размером 1,5 x 1,0 см, плотно-эластические, безболезненные, не спаяны между собой и окружающей кожей. О каком диагнозе должен думать хирург? Тактика в отношении больной.

5. К ЛОР – врачу обратилась женщина 24 лет с жалобами на чувство дискомфорта при глотании слева. Объективно: левая миндалина значительно увеличена, при пальпации плотная, имеется эритема с синюшным оттенком, с четкими границами. Подчелюстные лимфоузлы слева 1,0 x 1,0 см, безболезненные, плотно –

эластической консистенции, кожа над ними не изменена. Предположительный диагноз? Тактика ЛОР – врача?

6. У женщины, обратившейся к гинекологу, правая большая половая губа увеличена в размерах, при надавливании следа от вдавливания не остается, безболезненная, цвет кожи синюшный. Паховые лимфатические узлы с двух сторон 2,0 x 1,5 см, подвижные, безболезненные. В анамнезе – беспорядочная половая жизнь. При исследовании крови РМП – отрицательные. Ваш предположительный диагноз? Дальнейшая тактика?

7. У матери установлен диагноз вторичного рецидивного сифилиса. При осмотре ребенка 6 месяцев, находящегося на грудном вскармливании, на красной кайме нижней губы обнаружена эрозия округлой формы, размером 0,5 x 0,5 см, с плотным инфильтратом в основании, безболезненная, покрытая коркой. Подчелюстные лимфоузлы с обеих сторон 1,0 x 1,5 см, плотно – эластической консистенции, безболезненные, не спаяны между собой и с окружающей кожей. Ваш предположительный диагноз и тактика для его обоснования? Как произошло заражение ребенка?

8. На прием обратился мужчина 32 лет, с жалобами на появление язвочки на половом члене, которая субъективно не беспокоит.

Язвочка на половом члене появилась 10 дней назад, болезненности не причиняла. Больной занимался самолечением – смазывал язвочку синтомициновой эмульсией. Лечение было неэффективным. Через 7-8 дней появилось увеличение паховых лимфатических узлов. Половая связь с незнакомой женщиной полтора месяца назад. Сопутствующих заболеваний нет.

*Объективно.* На внутреннем листке препуциального мешка имеется язвенный дефект размером 2 x 1,5 см, овальной формы, безболезненный. В основании язвы пальпируется хрящевидной плотности инфильтрат, не выходящий за ее пределы. Воспалительные изменения вокруг язвы отсутствуют. Слева паховые лимфатические узлы увеличены до размеров 1 x 1,5 см, подвижные, безболезненные, плотно-эластической консистенции.

Ваш предположительный диагноз, его обоснование. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

9. На прием обратился больной 28 лет, с жалобами на наличие язвочек на половом члене и в правой паховой области.

Язвочки появились 2 недели назад, их появление ни с чем не связывает. Субъективно больного не беспокоят. Самолечением не занимался. Неделю назад в левой паховой области увеличились лимфатические узлы. За месяц до появления язвочек отмечает случайную половую связь с незнакомой женщиной.

*Объективно.* На теле полового члена справа имеется язва округлой формы, размером 1 x 1,5 см, безболезненная, покрытая желтоватым налетом. При пальпации язвы у основания прощупывается плотный инфильтрат. В правой паховой области – язва размером 1 x 1 см, округлой формы, покрытая геморрагической корочкой, плотная в основании. Паховые лимфатические узлы слева увеличены до размеров 1 x 1,5 см, плотно-эластической консистенции, безболезненные, подвижные.

Ваш предположительный диагноз, его обоснование.

10. На прием обратилась женщина 35 лет, с жалобами на боли в области заднего прохода.

Боли беспокоят в течение месяца. Обращалась к хирургу поликлиники. Была диагностирована трещина заднего прохода. В течение месяца по назначению хирурга принимала ванночки с раствором перманганата калия, различные мази. Ввиду отсутствия эффекта обратилась к дерматологу. Сопутствующих заболеваний нет.

*Объективно.* В области заднего прохода имеется эрозия, ярко-красного цвета, блестящая, трещиноподобной формы, болезненная при пальпации.

Ваш предположительный диагноз, его обоснование.

11. На прием обратился мужчина 40 лет. Жалуеться на выраженную болезненность, покраснение, отечность кожи препуциального мешка.

Считает себя больным в течение суток, когда впервые стали появляться покраснение и отечность препуциального мешка. Несколько дней назад заметил на внутреннем листке крайней плоти эрозию небольших размеров. Эрозия была безболезненной, поэтому больной к врачу не обратился, стал заниматься самолечением (делал ванночки с раствором перманганата калия). Сопутствующих заболеваний нет.

*Объективно.* Головка полового члена увеличена в размерах, отечна, вправление ее невозможно. Позади головки полового члена имеется отечный валик ярко-красного цвета. Паховые лимфатические узлы слева размером 1 x 1 см, безболезненные, подвижные, плотно-эластической консистенции.

Ваш предположительный диагноз, его обоснование.

12. На прием обратился больной 22 лет, с жалобами на отечность, болезненность и невозможность обнажить головку полового члена.

Заболевание началось два дня назад с покраснения и отечности кожи полового члена. Самолечением не занимался, дефектов на коже полового члена не замечал. Ведет беспорядочную половую жизнь. Сопутствующих заболеваний нет.

*Объективно.* Кожа полового члена ярко-розового цвета, отечна, болезненна. Крайняя плоть не заворачивается за головку полового члена, отверстие препуциального мешка сужено и из него выделяется жидкий гной. Паховые лимфатические узлы справа увеличены, размером 1 x 1,5 см, безболезненны, плотно-эластической консистенции, подвижные.

Ваш предположительный диагноз, его обоснование.

13. У больного «А» на коже мошонки и вокруг ануса единичные папулы синюшного цвета величиной 0,5x0,5 см, поверхность части из них эрозирована. Мокнувшие папулы находятся и в углах рта. Волосы на волосистой части головы диффузно поредели. РМП 4+. У его половой партнерши «С» на коже туловища множественная мелкая розеолезная сыпь. На задней спайке больших половых губ – эрозия овальной формы мясо-красного цвета. Полиаденит, особенно выражены паховые лимфоузлы слева. Они подвижны, безболезненны. Половая связь с «А» в течение трех месяцев. Поставьте диагноз больным. Кто из них является источником заражения?
14. У больного на коже туловища множественная мелкая розеолезная сыпь ярко-красного цвета, на коже ладоней и подошв мелкие папулы. Выражен полиаденит, остатки твердого шанкра в области уздечки полового члена. РМП – 4+ в титре 1:16. Какой следует поставить диагноз?
15. У больного 55 лет, страдающего хроническим алкоголизмом, на боковых поверхностях туловища множественная мелкая, ярко-красного цвета розеолезная сыпь. На коже груди, спины, плеч – обильные акнеформные высыпания без воспалительных явлений вокруг, безболезненные. На головке полового члена имеется плотный, синюшный инфильтрат размером 0,5x0,5 см. Полиаденит, особенно выражены паховые лимфоузлы. РМП – отрицательные. О каком диагнозе следует думать? Какие лабораторные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза? Почему КСР в данном случае могли быть отрицательными?
16. У больной на коже туловища скудная, крупная розеолезная сыпь бледно-розового цвета, в области заднего прохода – широкие кондиломы. РМП – 4+ в титре 1:4. Какой следует поставить диагноз?
17. Больной жалуется на осиплость голоса и выпадение волос в течение последнего месяца. При осмотре полости рта на миндалинах обнаружены слегка возвышающиеся высыпания белесоватого цвета размером до 0,5x0,5 см, часть из них с эрозированной поверхностью. На волосистой части головы отмечается диффузное поредение волос, особенно выраженное в височных областях. На ресницах – ступенчатое разряжение. В анамнезе случайная половая связь 7 месяцев назад. Ваш предположительный диагноз? Как его подтвердить?
18. На прием обратилась женщина с жалобами на трещины в углах рта, появившиеся около двух недель назад. При осмотре в углах рта имеются трещины с плотными краями, без остро-воспалительных явлений вокруг. На ладонях и подошвах – единичные крупные папулы бурого цвета. Ваш предположительный диагноз и тактика для его утверждения.
19. У женщины 48 лет, страдающей инфильтративным туберкулезом легких, на боковых поверхностях туловища единичная, крупная, бледная розеолезная сыпь. На ладонях и подошвах крупные папулы в стадии регресса. В анамнезе половая связь с больным вторичным рецидивным сифилисом, РМП отрицательные. Ваш предположительный диагноз? Какие исследования следует назначить для подтверждения диагноза сифилиса?

## Тема 16 Поздний врожденный сифилис

1. На прием к врачу обратился мужчина 48 лет с жалобами на появление высыпаний на правой боковой поверхности туловища на границе лопаточной и подмышечной областей. Больным себя считает около двух месяцев. Вначале заметил плотные, возвышающиеся над остальной кожей узелки, темно-красного цвета, затем в их центральной части появился участок некроза. Три года назад наблюдал на теле красные пятна, которые без лечения самопроизвольно исчезли. *Объективно:* сыпь с четкими границами. Первичными элементами ее являются небольшие бугорки, резко отграниченные от здоровой кожи; они образуют кольцо, в центре которого мозаичный рубец. Бугорки плотные, безболезненные. Ваш предположительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать высыпания у данного больного? Дополнительные методы исследования с целью установления окончательного диагноза.
2. На коже лица у женщины 38 лет располагаются бугорки синюшно-красного цвета, величиной до 0,8 см в диаметре, плотной консистенции. Процесс занимает всю правую щеку. Больна около трех месяцев. О каких заболеваниях Вы думаете? Как обосновать диагноз?
3. На передней поверхности голени у больного 53 лет располагается язва округлой формы с валикообразными краями, отвесно спускающимися ко дну. Дно красного цвета, в центре имеется корочка, по периферии

неприкрытый язвенный дефект, вокруг язвы кожа не изменена. Язва существует уже 4 месяца, субъективно не беспокоит. РМП отрицательные. Ваша тактика для постановки диагноза?

4. При прохождении периодического медицинского осмотра у женщины 30 лет выявлена резко-положительная реакция микропреципитации (РМП). Направлена на консультацию к дермато-венерологу. При осмотре в области правой большой половой губы обнаружен небольшой рубчик. Консультирована терапевтом, окулистом, невропатологом - специфической патологии не выявлено. РМП дважды с интервалом 10 дней 4+ в титре 1:16, ИФА – 4+, РПГА – 4+. Из анамнеза: последний раз сдавала кровь на МРП 3 месяца назад, случайная половая связь 4 месяца назад. Ваш диагноз?

5. У мужчины 48 лет при прохождении медицинского осмотра для устройства на работу поваром РМП 4+. При осмотре венерологом наружных проявлений активного сифилиса не обнаружено. РМП трижды 4+ в титре 1:4, 1:2, ИФА 4+, РПГА – 4+. Смежные специалисты изменений со стороны внутренних органов, глазного дна, нервной системы не выявили. Брак второй, женат 2 года. Жена обследована - здорова. Из анамнеза: случайная половая связь 4 года назад. Ваш предположительный диагноз?

6. Из ревматологического отделения на консультацию к дермато-венерологу направлен больной 49 лет, который находится на лечении по поводу болезни Бехтерева. Была выявлена резко-положительная реакция микропреципитации (РМП). При осмотре наружных проявлений активного сифилиса не обнаружено. Консультирован невропатологом, окулистом, терапевтом - специфической патологии не выявлено. При серологическом обследовании: РМП – 4+ в титре 1:2, 2-ое исследование РМП – 4+ 1:2; 3-е исследование – РМП – 3+; ИФА – 2+; РПГА – 2+. Женат 15 лет, жена обследована – здорова. Случайные половые связи категорически отрицает. Тактика в отношении больного?

7. Женщина обратилась в женскую консультацию по поводу беременности сроком 20 недель. РМП дважды 4+ в титре 1:4, ИФА - 4+, РПГА 4+. Наружных проявлений активного сифилиса нет. Осмотрена смежными специалистами – патологии не выявлено. Полового партнера обследовать невозможно. Тактика в отношении больной?

8. На прием обратился мужчина 27 лет с жалобами на наличие язвочки на половом члене, которая появилась неделю назад. Занимался самолечением, делал ванночки с раствором перманганата калия. При осмотре на головке полового члена имеется язва округлой формы, размером 0,5x0,5 см, безболезненная, с плотным инфильтратом в основании. Паховые лимфоузлы слева размером 1,5x2,0 см, плотно-эластической консистенции, безболезненные. РМП - отрицательные. Бледная трепонема при однократном исследовании не обнаружена. Какие необходимы исследования для установления диагноза?

9. На прием к врачу из детского дома доставлен мальчик 11 лет, жалоб не предъявляет. Рос, отставая в физическом и интеллектуальном развитии от сверстников, часто болеет простудными заболеваниями. Родители неизвестны.

*Объективно:* физическое развитие не соответствует возрасту. Интеллект снижен, кожные покровы чистые, лимфоузлы не увеличены. Череп имеет ягодицеобразную форму, нос седловидный, при осмотре полости рта слизистая без особенностей. Оба передних верхних резца имеют бочкообразную форму. На свободном крае зубов видны полулунные вырезки. Небо – высокое. Ваш предположительный диагноз? Тактика для его подтверждения.

10. На прием к врачу родители привели девочку 6 лет. Они обеспокоены неправильным развитием костей нижних конечностей, частыми головными болями и недостаточным развитием интеллекта. Родилась вне акушерского стационара, развивалась, не отставая в физическом развитии от сверстников. Часто болела простудными заболеваниями, устанавливался диагноз рахита. Объективно: кожный покров без высыпаний. Лимфоузлы не увеличены. Обращают на себя внимание деформированные нижние конечности (искривление голени вперед). Интеллект не соответствует возрасту. Снижена память. Ваш предположительный диагноз? Тактика для его подтверждения.

11. У беременной женщины третьи срочные роды закончились рождением доношенного мальчика весом 3,5 кг. На коже ладоней, подошв, туловища у ребенка обнаружены пузыри с серозным экссудатом, лежащие на плотном инфильтрате. Мать ребенка на учете в женской консультации по поводу беременности не состояла, кровь на РМП не сдавала. Предварительный диагноз? Тактика врача в отношении обследования матери и ребенка.

12. В родильный дом в связи с наступившими родами поступила беременная из кожно-венерологического диспансера, где она находилась на лечении по поводу вторичного рецидивного сифилиса и успела получить 2/3 курсовой дозы пенициллина. Возможен ли врожденный сифилис у ребенка? Какие обследования необходимо провести ребенку в родильном доме? Дальнейшая тактика?

13. На прием обратилась женщина с ребенком, у которого на слизистой полости рта неделю назад появились папулезные высыпания. Ребенку 1 месяц и 2 дня. Он анемичен. При осмотре на ладонях и подошвах кожа инфильтрирована, блестит. Крылья носа уплотнены, насморк. Мать во время беременности «вассерманизировалась» лишь в первой половине. РМП были отрицательные. Ваш предположительный диагноз?

14. При проведении медицинского осмотра в военкомате у призывника обнаружены радиарные рубцы вокруг рта и носа, кисетообразные первые моляры. Ваша тактика?
15. В глазное отделение поступила больная 16 лет, у которой сосуды склер левого глаза резко инъецированы, имеется светобоязнь, помутнение роговицы, считает себя больной три недели. Наметьте план обследования и необходимые мероприятия для подтверждения или исключения врожденного сифилиса.
16. У больного имеются бочкообразные верхние центральные резцы и саблевидные голени. РМП 4+. Диагноз?
17. Больная 20 лет (в семье 3-й ребенок, родители живы) жалуется на ночные боли в костях, успокаивающиеся при ходьбе. В анамнезе – поздний выкидыш. Муж обследован – здоров. При серологическом обследовании больной с интервалом две недели РМП трижды 4+ в титре 1:8, ИФА - 4+, РПГА 4+. При осмотре окулистом на глазном дне выявлены остаточные явления хориоретинита. Рентгенография органов грудной клетки и костей без патологии. Спинномозговая жидкость не изменена. По заключению терапевта и невропатолога специфических поражений не выявлено. Возможный диагноз? Дополнительные пути его подтверждения?

## Тема 23 Лечение врожденного сифилиса

1. Мужчина 25 лет девять дней назад имел половую связь с женщиной, у которой установлен диагноз вторичного свежего сифилиса. При обследовании мужчины клинических проявлений сифилиса не выявлено. КСР отрицательные. Какова должна быть тактика врача в отношении этого мужчины?
2. Женщина «А» три месяца назад имела половой контакт с больным вторичным рецидивным сифилисом. При осмотре «А» клинических и серологических данных, свидетельствующих о сифилисе, не выявлено. Тактика венеролога по отношению к «А»?
3. «А» вызван для обследования в ККВД, т.к. пять месяцев назад имел половую связь с больной скрытым ранним сифилисом. При обследовании «А» наружных проявлений сифилиса нет, РМП и ИФА отрицательные. Консультирован специалистами – здоров. Тактика венеролога в отношении «А»?
4. У матери установлен диагноз первичного серопозитивного сифилиса с локализацией твердого шанкра в области левой малой половой губы. Дочери два года, обследована клинико-серологически- здорова. Венеролог назначил ей превентивное лечение. Правильна ли его тактика?
5. У няни детского сада установлен диагноз вторичного свежего сифилиса (обильная розеолезная сыпь, ангина, папулы на слизистой щек). Больная была в тесном контакте с детьми двух групп. Какова тактика в отношении детей?
6. У мужчины 48 лет установлен диагноз скрытого позднего сифилиса. Женат 15 лет. При обследовании жены – клинических проявлений сифилиса нет. РМП, ИФА, РПГА – отрицательные. Подлежит ли жена лечению?
7. Ребенок родился от матери, получившей полноценное лечение по поводу скрытого раннего сифилиса и профилактическое во время беременности, но с оставшимися положительными РМП. Ребенок комплексно обследован – здоров. Подлежит ли лечению?
8. Ребенок родился от матери, болевшей вторичным свежим сифилисом и получившей полноценное лечение до и во время беременности. РМП у матери отрицательные. Родился ребенок весом 3200 г, ростом 50 см. Клинико-серологических признаков сифилиса нет. Консультирован специалистами – здоров. Подлежит ли профлечению? Подлежит ли ребенок наблюдению и в течение какого времени?

## Раздел 2. Урогенитальные инфекции

### Тема 27 Лечение гонореи

1. На прием к венерологу обратился мужчина, имевший половую связь с незнакомой женщиной две недели назад. Спустя пять дней после интимной близости появились рези при мочеиспускании, обильные гнойные выделения из уретры. *Объективно:* губки уретры отечны, гиперемированы, выделения обильные, гнойные, свободные. Первая порция мочи – мутная, вторая – прозрачная, чистая. В мазках из уретры обнаружены гонококки. Поставьте развернутый диагноз.
2. К венерологу обратился мужчина с жалобами на умеренные слизисто-гнойные выделения из уретры, незначительные рези в конце мочеиспускания, учащенное мочеиспускание. При осмотре: губки гиперемированы, выделения незначительные, слизисто-гнойного характера. Первая и вторая порции мочи опалесцируют, множественные мелкие хлопья. Половая связь три недели назад. В отделяемом уретры обнаружены гонококки. Ваш развернутый диагноз?
3. У мужчины «А», вызванного на обследование в качестве полового партнера больной осложненной формой гонореи верхних отделов мочеполовых органов, при осмотре: губки уретры не изменены, после легкого массажа уретры появилась слизисто-гнойная капля. Субъективных расстройств не отмечает. Половая связь один месяц назад. В мазках из уретры обнаружены гонококки. Первая порция мочи прозрачная, множественные мелкие хлопья, оседающие на дно, вторая – прозрачная, чистая. Развернутый диагноз?

4. На прием к венерологу вызван мужчина для обследования как предполагаемый источник заражения жены гонореей. Оказалось, что 2,5 месяца назад имел половую связь с неизвестной женщиной. Спустя три дня с профилактической целью принял 10 таблеток тетрациклина. Жалоб не предъявляет. При объективном осмотре и исследовании губки уретры не изменены, после легкого массажа уретры скудная слизистая капля. Двухстаканная проба: первая порция мочи – прозрачная, многочисленные мелкие хлопья, оседающие на дно, вторая порция – прозрачная, единичные хлопья в виде запяток. В соскобе слизистой уретры – лейкоциты 50-60 в поле зрения, флора отсутствует. Органы мошонки без особенностей. Простата – правая доля больше левой, срединная бороздка сглажена, верхняя граница правой доли определяется с трудом, консистенция железы тестоватая. В соке простаты лейкоциты покрывают все поле зрения, лецитиновые зерна единичные. В мазке сока простаты обнаружены гонококки. КСР отрицательные. Поставьте диагноз. Какое обследование следует провести после курса лечения?
5. У больного через семь дней после половой связи с посторонней женщиной появились обильные гнойные выделения из уретры, рези при мочеиспускании. Спустя три дня стал отмечать боли в области правого коленного сустава. При осмотре – правый коленный сустав увеличен в размере, кожа гиперемирована, при активном движении болезненность. В отделяемом из уретры обнаружены гонококки. Первая и вторая порции мочи мутные. Реакция Борде-Жангу положительная. Ваш развернутый диагноз

### Тема 30 Лечение трихомониаза

1. Б-ная 24-х лет обратилась к гинекологу с жалобами на зуд, жжение в области вульвы и промежности. Больна в течение 10-и дней, в последние 3 дня симптомы обострились. Менструации с 13-и лет, без нарушений. Последняя менструация 20 дней назад. Половая жизнь с 20-и лет, вне брака. Контрацепция — марвелон в течение 1,5-а лет. По органам и системам без патологии. В зеркалах: слизистые влагалища и влагалищной части шейки матки гиперемированы. Наружный зев закрыт. Симптом «зрочка» ( — ). Выделения пенистые, гноевидные, обильные, с запахом. Бимануально: матка и придатки без патологии. Инфильтратов и уплотнений в малом тазу нет.

Предварительный диагноз, необходимое обследование больной, план лечения. Выписать рецепты.

Ответ. Кольпит (трихомонадный?)

Трихомониаз? Микроскопия нативных и окрашенных мазков, ПЩР, посев. Лечение :орнидазол 1,5мгднократно внутрь. Или метронидазол 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней., местно макмирор по 1 свече 8 дней, бетадин по 1 свече 2 раза в сутки 7 дней.

2. Неорганизованная девочка 6 лет направлена участковым педиатром к детскому гинекологу с жалобами «на обильные бели, зуд в промежности. При осмотре наружных половых органов: гиперемия кожи и слизистых, следы расчесов, обильные выделения из влагалища. Гиперемия кожи вокруг ануса. Взяты мазки на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Выделена кишечная палочка. Назначено лечение, которое не привело к успеху.

Предполагаемый диагноз. Какая главная ошибка допущена при обследовании? Дальнейшая тактика врача.

Ответ. Вульвовагинит. Не взяты анализы на яйца глистов.

Микроскопия нативного мазка и мазка, окрашенного по Грамму(много лейкоцитов, грибы, трихомонады, гонококки), посев на пит. Среды, кал на яйца глистов, соскоб перискальной области на энтеробиоз

3. Женщина 33-х лет. Месячные с 12-ти лет по 3 - 4 дня через 28 дней. Половая жизнь вне брака. На диспансерном учете по поводу хронического аднексита и бесплодия вторичного. Р-2, Аб-2. При обследовании выявлено в мазках на  $gn$  лейкоцитов 40 - 50. Врач поручил акушерке провести обследование с провокацией.

Задание: 1. Оценить проблемы. 2. Объяснить ситуацию. 3. Необходимое обследование. 4. Тактика. 5. Выполнить манипуляцию: “Взятие мазка на трихомониаз”.

Эталон ответа: 1. Настоящие проблемы - боязнь венерического заболевания, желание вылечиться от бесплодия. 2. Объяснить женщине, что методы провокации являются диагностическими и лечебными, что без данного обследования невозможно эффективное лечение бесплодия. 3. Помимо мазков на влагалищную флору, на  $gn$  - кровь на RW, ВИЧ-инфекцию и гепатит, мазки на трихомониаз, культуральные посевы. 4. Провести методы провокации алиментарный, с гоновакциной, химический, физиологический. 5. Выполнение манипуляции

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

Вопросы:

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

Ответы:

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

5. Кормящая мать лечилась по поводу трихомониаза. У ребенка снизился аппетит, появилась неоднократная рвота. Какой препарат принимала женщина?

Ответ. Метронидазол.

### Тема 34 Лечение хламидиоза

1. 28-ми летняя, не рожавшая женщина обращается к врачу с жалобами на болезненное мочеиспускание и тупые боли внизу живота в течение нескольких месяцев. При влагалищном исследовании - слизисто-гнойные выделения из шейки матки. При исследовании выявлены лейкоциты в большом количестве, но посев отрицательный. При взятии соскоба из уретры были обнаружены хламидии. Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответ. Диагноз - хламидиоз, уретрит; лечение: прием доксициклина в течение 7 дней.

2. Вы, фельдшер здравпункта, проводите лекцию – беседу для работников фабрики на тему профилактики ИППП и не включаете в текст лекции одно из следующих положений:

1. ИППП необходимо лечить только после лабораторного уточнения диагноза.
2. Хламидиоз относится к ИППП.
3. Уреамикоплазматическая инфекция поражает мочеполовую систему.
4. Венерические болезни являются социально-значимыми инфекциями.
- +5. Гарднереллез является венерическим заболеванием.

3. Сергей, 26 лет, проходил курс лечения по поводу уретрита полгода назад. Симптомы возобновились. При осмотре врач обратил внимание на одновременно начавшийся у пациента конъюнктивит. Проведенные лабораторные исследования подтвердили диагноз: хронический урогенитальный хламидиоз в стадии обострения.

Определите таксономическое положение возбудителей урогенитального хламидиоза и охарактеризуйте биологические свойства хламидий. Укажите источник инфекции, пути передачи, клинические формы инфекции и возможные осложнения. Какие методы лабораторной диагностики можно отнести к экспресс-методам? Охарактеризуйте препараты для специфической профилактики, диагностики и лечения.

4. В детскую палату роддома поступил ребенок из родильного зала, рожденный женщиной 18 лет, брак не зарегистрирован, беременность 3, роды 1, ребенок нежеланный, женщина во время беременности не обследовалась и на учете не состояла. У ребенка с первого дня явления конъюнктивита с обильным гнойным отделяемым, на 3 день у ребенка появился кашель, одышка, дыхательные расстройства.

Задания:

1. Поставьте предположительный диагноз новорожденному, чем его можно подтвердить.
2. В какой период происходит инфицирование ребенка.
3. Может ли при этой инфекции родиться ребенок с врожденными пороками развития.
4. Назовите возбудителя этой инфекции и путь инфицирования.

Ответ:

1. Хламидиоз. Хламидийный конъюнктивит – покраснение век, слезотечение, обильные гнойные выделения (гной «шапкой» на глазах).

Хламидийный назофарингит – отек слизистой носа, затем слизистое отделяемое, потом кашель (редкий, но упорный – 2-3 раза за день, за ночь).

2. Инфицирование плода в большинстве случаев происходит во время родов при прохождении через инфицированный хламидиями родовый канал.

3. Нет, т.к. инфицирование происходит в интранатальный период.

4. Хламидии – внутриклеточные паразиты, одни из наиболее распространенных возбудителей заболеваний, передающихся половым путем.

### ***Перечень вопросов для подготовки к зачету:***

1. *Достижения отечественной дерматологической школы и ее профилактическое направление.*
2. *Роль отечественных ученых в формировании отечественной дерматологии.*
3. *Роль отечественных педиатров (Филатова, Сперанского, Маслова и др.) в развитии детской дерматологии.*
4. *Связь заболеваний кожи и красной каймы губ с состоянием внутренних органов и нервной системы.*
5. *Подходы к системной и местной терапии в дерматовенерологии.*
6. *Участие кожи в обмене веществ (водном, солевом, белковом).*
7. *Возрастная эволюция кожи и её особенности у детей, взрослых и стариков*
8. *Внутриутробное формирование эпидермиса, дермы и гиподермы.*
9. *Физиологическое и защитное значение целостности кожи.*
10. *Строение и функции мальпигиева слоя кожи.*
11. *Кератин и его физиологическое значение.*
12. *Пигмент меланин и его физиологическое значение.*
13. *Строение и функции собственно кожи и собственно слизистой.*
14. *Подкожный жировой слой и его особенности у детей грудного возраста.*
15. *Придатки кожи (волосы и ногти)*

16. *Строение волоса и их разновидности.*
17. *Строение ногтя.*
18. *Железистый аппарат кожи.*
19. *Кровеносная и лимфатическая система кожи.*
20. *Иннервация кожи и слизистой.*
21. *Основные физиологические функции кожи у детей и взрослых.*
22. *Строение и функции эпидермиса кожи и эпителия слизистой.*
23. *Первичные морфологические элементы содержащие инфильтрат.*
24. *Первичные морфологические элементы содержащие экссудат.*
25. *Первичные морфологические элементы и их морфологические особенности.*
26. *Вторичные морфологические элементы.*
27. *Экзогенные и эндогенные факторы в этиологии кожных заболеваний.*
28. *Полиморфизм истинный и ложный.*
29. *Методика обследования больных с заболеваниями кожи.*
30. *Специальные дерматологические методы клинического исследования больных.*
31. *Своеобразие и особенности дерматозов у детей.*
32. *Множественные абсцессы (псевдофурункулез), клиника, диагностика, лечение.*
33. *Эпидемиологическая пузырчатка новорожденных. Дерматит Риттер фон Риттерсхайма (осложнение стафилодермии).*
34. *Клинические разновидности стафилодермии новорожденных*
35. *Стрептококковые пиодермиты, их разновидности, течение, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.*
36. *Стафилококковые пиодермиты, их разновидности, течение, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.*
37. *Классификация грибковых заболеваний.*
38. *Эпидемиология грибковых заболеваний.*
39. *Отрубевидный лишай, клиника, диагностика, диф.диагностика. лечение.*
40. *Эпидермофития и ее клинические разновидности.*
41. *Микроспория волосистой части головы, вызванная ржавым микроспорумом.*
42. *Трихофития волосистой части головы (поверхностная).*
43. *Инфильтративно-нагноительная форма трихофитии.*
44. *Онихомикозы и их роль в эпидемиологии грибковых заболеваний.*
45. *Фавус. Этиология, Эпидемиология, клиника, лечение.*
46. *Кандидозы. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.*
47. *Клинические особенности атипичных форм чесотки, постскабиозная лимфоплазия кожи.*
48. *Чесотка, особенности, клиника и эпидемиология в последние годы. Методы диагностики и лечения. Профилактика, скабиазорий.*
49. *Дерматиты от воздействия химических факторов, клиника, дифференциальная диагностика и лечение.*
50. *Клинические формы дерматитов и особенности их проявления у детей.*
51. *Контактные дерматиты, клинические разновидности, течение, диагностика, лечение, профилактика.*
52. *Дерматиты, медикаментозные, клинические формы, методы диагностики, лечения, токсикодермии.*
53. *Дерматиты профессиональные, их клинические формы, течение, диагностика, лечение, профилактика.*
54. *Токсикодермия, этиология, патогенез, клинические разновидности, диагностика, лечение.*
55. *Экзема. Этиология, патогенез, клинические разновидности, поражение слизистой оболочки.*
56. *Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз).*
57. *Экзема истинная, клиника, диагностика, лечение, вопросы диспансеризации..*
58. *Клинические разновидности псориаза.*
59. *Псориаз, его клинические формы и поражения слизистых оболочек полости рта.*
60. *Псориаз. Этиология, патогенез, клинические формы, течение, диагностика, лечение, диспансеризация.*
61. *Чешуйчатый лишай. Клиника, диагностика, лечение.*
62. *Красный плоский лишай. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.*
63. *Почесуха. Особенности клиники, течение, терапия, осложнения. Санаторно-курортное лечение.*
64. *Атопический нейродермит, клиническая характеристика возрастной эволюции, лечение.*
65. *Атопический дерматит. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.*
66. *Ограниченный нейродермит у взрослых.*
67. *Клинические формы крапивницы, патогенез, течение, лечение.*
68. *Крапивница. Этиология, клиника, диагностика, дифдиагностика и лечение.*



69. Экссудативный диатез как проявление аллергии.
70. Десквамативная эритродермия Лейнера.
71. Пемфигоид. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
72. Пузырчатка. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
73. Клинические формы пемфигуса, клиника, диагностика, диффдиагностика, лечение.
74. Себорейная пузырчатка, этиология, патогистология, клиника, диффдиагностика и лечение
75. Болезнь Дюринга. Этиология, патогенез, клиника, ддиагносика, лечение.
76. Вирусные дерматозы (герпес, бородавки, остроконечные кондиломы). Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.
77. Контагиозный моллюск.
78. Остроконечные кондиломы и их отличие от широких кондилом
79. Простой пузырьковый лишай, особенности поражения слизистых полости рта.
80. Опоясывающий лишай.
81. Склеродермия. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.
82. Красная волчанка. Этиология, классификация, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.
83. Клинические формы красной волчанки.
84. Красная волчанка, классификация, клиника и стадии развития дискоидной красной волчанки.
85. Красная волчанка красной каймы губ, классификация, клиника, лечение.
86. Многоформная экссудативная эритема, этиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение.
87. Клинические формы туберкулезной волчанки.
88. Туберкулезная волчанка, поражение слизистой полости рта при этом.
89. Туберкулез кожи. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.
90. Коликвативный туберкулез кожи.
91. Скрофулодерма. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.
92. Язвенный туберкулез кожи.
93. Бородавчатый туберкулез кожи, эпидемиология, клиника, диффдиагностика, профилактика.
94. Диссеминированные формы туберкулеза кожи. Классификация, клиника, течение, исход. Диагностика, лечение, профилактика.
95. Лепра. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.
96. Лепра, лепроматозная форма. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение. Поражение слизистых полости рта.
97. Пограничный тип лепры, этиопатогенез, клиника, диффдиагностика, лечение. Профилактика лепры у детей, рожденных больной лепрой матерью
98. Лейшманиоз. Этиология, патогенез, клиника, течение диагностика, лечение, диспансеризация.
99. Лейшманиоз остро некротизирующий, распространение, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
100. Розовый лишай.
101. УК РФ Статья 124. Неоказание помощи больному
102. Синдром Стивенса – Джонсона
103. Кератодермии очаговая, диффузная
104. Дисхромии.
105. Собственно хейлиты. Патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
106. Клинические формы хейлитов, их клиника, осложнение и методы лечения
107. Врожденный буллезный эпидермолиз
108. Врожденная патология волос
109. Фотодерматозы.
110. Центробежная эритема Биетта.
111. Диффузная склеродермия.
112. Системная склеродермия
113. Склероатрофический лишай.
114. Этиология и патогенез васкулитов.
115. Классификация васкулитов. Общая симптоматология васкулитов.
116. Пойкилодермия врожденная Томсона.
117. Акрогерия семейная Готтрона.
118. Кожный зуд. Профилактика и дифференциальная диагностика.
119. Строфулюс. Особенности клиники, течение, терапия, осложнения

120. Пруриго взрослых. Особенности клиники, течение, терапия, осложнения
121. Узловатое пруриго. Особенности клиники, течение, терапия, осложнения
122. Блестящий лишай. Клиника, диагностика.
123. Профессиональные дерматозы. Распространенность профессиональных дерматозов. Этиология профессиональных дерматозов.
124. Классификация химических веществ по их действию на кожу. Патогенез профессиональных аллергических болезней кожи.
125. Старческие атрофии и дистрофии.
126. Врожденная гипоплазия кожи.
127. Синдромы преждевременного старения.
128. Гипертрофические рубцы. Келоид.
129. Склеродермоподобные заболевания.
130. Склередема взрослых Бушке.
131. Склерема новорожденных.
132. Дерматосклероз при расстройствах циркуляции.
133. Меланодермии. Генерализованная меланодермия.
134. Ограниченная меланодермия. Токсическая меланодермия.
135. Ахромии. Альбинизм.
136. Витилиго.
137. Профессиональная лейкодерма.
138. Врожденная генерализованная атрофия кожи
139. Врожденная ограниченная атрофия кожи
140. Новообразования кожи, предраки и доброкачественные и злокачественные новообразования. Классификация, Диагностика. Лечение
141. Анетодермии
142. Веснушки
143. Недержание пигмента Блоха-Сульцбергера
144. Чесотка у детей.
145. Кератоакантома, типичная клиническая картина.
146. Клиническое течение эпулида.
147. Особенности развития эозинофильной гранулёмы.
148. Периоды сифилиса, их продолжительность и лечение, эпидемиологическое значение каждого периода. Иммуитет при сифилисе (суперинфекция, реинфекция).
149. Первичный серонегативный сифилис.
150. Первичный серопозитивный сифилис.
151. Внеполовые заражения сифилисом.
152. Клиника твердого шанкра.
153. Инкубационный период при сифилисе и факторы влияющие на его сроки.
154. Пути и источники заражения сифилисом.
155. Методика обнаружения бледной трепонемы. Методика обследования больного венерическими заболеваниями (гонорея, хламидиоз, трихомониаз).
156. Динамика первичного периода сифилиса.
157. Возбудитель сифилиса и его характеристика.
158. Общее течение сифилиса (динамика сифилиса).
159. Атипичные формы твердого шанкра.
160. Третичный период сифилиса, сроки появления и причины, клиника, диф. диагностика
161. Гуммозное поражение костей и суставов.
162. Гуммозное поражение слизистых оболочек полости рта.
163. Осложнения гуммы. Особенности фиброзных и мутилирующих гумм.
164. Бугорок и гумма. Сходства и различия.
165. Клинические разновидности и течение бугоркового сифилиса.
166. Солитарная гумма -сроки появления, развитие, исход, эпидемиологическое значение.
167. Сифилитическая пузырьчатка и ее отличия от эпидермической пузырьчатки новорожденных.
168. Основные принципы и методы лечения сифилиса.
169. Методика лечения сифилиса. Висмутовые препараты.
170. Лечение больных третичным периодом сифилиса.
171. Пенициллин в лечении сифилиса у детей.

172. Превентивное лечение больных сифилисом.
173. Критерии излеченности сифилиса.
174. Профилактическое лечение сифилиса у детей.
175. Превентивное, профилактическое, эпидемиологическое (синдромное), пробное лечение сифилиса.
176. Осложнение при лечении сифилиса висмутовыми препаратами.
177. Диагностика и лечение Na соль пенициллина сифилиса детей, рожденных больной сифилисом матерью. Особенности применения антибиотиков при лечении сифилиса у детей до года.
178. Общие противопоказания к назначению противосифилитических средств. Лечение беременной с положительной пробой к Na соли пенициллина.
179. Лечение больных поздним врожденным сифилисом.
180. Диспансеризация больных сифилисом.
181. Лабораторные и клинические критерии снятия больного сифилисом с диспансерного учета.
182. Ранний врожденный сифилис детей грудного возраста.
183. Патогномоничные признаки раннего врожденного сифилиса.
184. Сифилитическая пузырчатка и ее отличие от эпидемической пузырчатки новорожденных.
185. Профилактика врожденного сифилиса.
186. Поздний врожденный сифилис.
187. Сифилис плода.
188. Врожденный сифилис детей раннего детского возраста от (от 1 до 2)
189. Диф. диагностика приобретенного и врожденного сифилиса у новорожденного.
190. Социальное значение врожденного сифилиса.
191. Профилактика врожденного сифилиса.
192. Вторичные сифилиды, их эпидемиологическое значение.
193. Клинические формы и разновидности папулезного сифилиса.
194. Разновидности пустулезного сифилиса..
195. Вторичный рецидивный сифилис.
196. Вторичный пустулезный сифилис, клинические особенности его разновидностей.
197. Вторичный свежий сифилис. Общая характеристика вторичных сифилидов.
198. Морфологические, биологические особенности гонококка и методы лабораторного исследования.
199. Патогенез поражения слизистой при гонорее.
200. Клинические формы неосложненной гонореи.
201. Возбудитель гонореи. Морфологические и биологические свойства. Методы исследования.
202. Задний острый гонорейный уретрит, симптоматология, клиника, лечение, диагностика. Методы лечения и профилактики..
203. Экстрагенитальная локализация гонококка, -клиника, диагностика, профилактика, лечение.
204. Фимоз и парафимоз. Клиника, течение и методы лечения.
205. Гонорейный везикулит, клиника, лечение, осложнения. гонорейный эпидидимит. Клиника и лечение.
206. Гонорейный эпидидимит, орхоэпидидимит, периорхоэпидидимит, клиника, лечение.
207. Гонорейное поражение суставов.
208. Комбинированное лечение гонореи
209. Лечение острой свежей, неосложненной гонореи у мужчин.
210. Местное лечение гонорейного уретропростатита.
211. Профилактика гонобленореи.
212. Острый передний гонорейный уретрит. Клиника, диагностика. Лечение.
213. Хроническая гонорея, значение и методика проведения уретроскопии, клиника, осложнения.
214. Последствия гонореи в отношении деторождения у мужчин (олигоспермия, азооспермия), методы лечения, профилактика Методы неспецифической терапии гонореи.
215. Режим лечения больных гонореей.
216. Критерии излеченности гонореи, сроки наблюдения и снятия с учета.
217. Пути и способы заражения гонореей у детей.
218. Методы неспецифической терапии гонореи.
219. Местное лечение гонореи у мужчин.
220. Местное лечение гонорейного простатита.
221. Критерии излеченности гонореи, сроки наблюдения и снятия с учета.
222. Негонококковые уретриты.
223. Особенности лечения гонореи в детском возрасте.
224. Специфическая и неспецифическая иммунотерапия больных гонореей

225. *Методика лабораторного обследования на гонококки (микроскопическое и культуральное)*
226. *Комбинированное лечение гонореи антибиотиками и сульфаниламидными препаратами.*
227. *Урогенитальный хламидиоз.*
228. *Возбудитель хламидиоза, его эпидемиология, диагностика, биологические свойства.*
229. *Условия и пути заражения хламидиозом детей, диагностика, клиника, лечение и профилактика.*
230. *Профилактика хламидиоза новорожденных.*
231. *Методы диагностики хламидийной инфекции.*
232. *Уретроскопия как метод инструментального исследования.*
233. *Лечение хронического хламидиоза, превентивное лечение хламидиоза.*
234. *Методы местного и общего лечения урогенитального хламидиоза.*
235. *Урогенитальный трихомониаз.*
236. *Урогенитальный трихомониаз, возбудитель, диагностика, лечение хронического трихомонадного уретрита.*
237. *Смешанная трихомонадно-гонорейная инфекция. Диагностика, клиника, подход к терапии.*
238. *Законодательство об ответственности за заражение венерическими заболеваниями.*
239. *Этиопатогенез стриктуры уретры, клиника и лечение.*
240. *Клинические и лабораторные признаки заднего уретрита..*
241. *Дрожжевой баланопостит.*
242. *Методика и значение клинического и лабораторного исследования простаты.*
243. *Клинические формы негонококковых эпидидимитов и их отличие от гонорейных, клиника, диагностика.*
244. *Законодательство об ответственности за заражение венерическими заболеваниями, ст. 121 УК РФ.*
245. *Серологическая диагностика сифилиса.*
246. *УК РФ Статья 124. Неоказание помощи больному*