

**Схема подготовки
к клиническим
практическим занятиям
по дисциплине
«Дерматовенерология»**

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Уральский государственный медицинский университет

**Схема подготовки
к клиническим практическим занятиям
по дисциплине «Дерматовенерология»**

Учебное пособие

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

2-е издание,
дополненное и переработанное

Электронное издание
сетевого распространения

Екатеринбург
УГМУ
2022

УДК [616.5+616.97](075.8)

ББК 55.8я73

С92

Авторы: М. А. Уфимцева, Ю. М. Бочкарев, И. Ф. Вишневская, К. И. Николаева, Е. П. Гурковская, К. Н. Сорокина, С. Б. Антонова, А. С. Шубина, Н. В. Симонова, Н. В. Савченко, Е. С. Мильникова, М. С. Ефимова

Рецензент — доцент кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии, канд. мед. наук
В. М. Петров

Схема подготовки к клиническим практическим занятиям по дисциплине «Дерматовенерология» : учеб. пособие / М. А. Уфимцева, Ю. М. Бочкарев, И. Ф. Вишневская [и др.] ; [под общ. ред. М. А. Уфимцевой] ; Урал. гос. мед. ун-т, М-во здравоохранения РФ. — 2-е изд., доп. и перераб. — Загл. с титул. экрана. — Екатеринбург : УГМУ, 2022. — 164 с. — ISBN 978-5-00168-034-5. — Текст. Изображение : электронные.

Учебное пособие составлено в соответствии с федеральными государственными образовательными программами высшего образования по специальностям и направлениям подготовки, а также Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденные приказом Минздрава России от 08.10.2015 № 707н, обеспечивающих получению выпускниками, освоившими программу специалитета, направлено на формирование навыков работы с учебной литературой.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских вузов, осваивающих программы специалитета 31.05.01 «Лечебное дело» и 31.05.02 «Педиатрия», 31.05.03 «Стоматология», 32.05.01 «Медико-профилактическое дело», изучающих дисциплину «Дерматовенерология».

УДК [616.5+616.97](075.8)

ББК 55.8я73

Печатается по решению
Центрального методического совета
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
(протокол № 1 от 30.09.2022 г.)

ISBN 978-5-00168-034-5

© Уральский государственный
медицинский университет, 2022

Содержание

Введение.....	5
Термины и определения.....	6
Схема изучения заболевания.....	9
1. Название заболевания.....	10
2. Определение.....	12
3. Актуальность заболевания.....	14
4. Этиология.....	16
5. Патогенез.....	19
6. Эпидемиология.....	22
7. Классификация.....	24
8. Клиника.....	26
9. Диагностика.....	28
10. Дифференциальный диагноз.....	30
11. Лечение.....	32
12. Профилактика.....	34
Тестовые задания для самоконтроля.....	36
Клинические задачи для самоконтроля.....	43
Тренировочные тестовые задания и задачи.....	49
Рекомендуемая литература.....	159

Введение

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских вузов, обучающимся по программе специалитета, для подготовки к клиническим практическим занятиям по дисциплине «Дерматовенерология», соответствует федеральным государственным образовательным программам высшего образования по специальностям и направлениям подготовки, а также Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденные приказом Минздрава России от 08.10.2015 № 707н, **направлено на формирование навыков работы с учебной литературой.**

Основная цель учебного пособия – повышение эффективности освоения образовательной программы дисциплины «Дерматовенерология» путем структурирования материала, получаемого из различной учебной литературы, выделения главных теоретических положений, знание которых используется врачом при клиническом обследовании больного, лечении и разработке профилактических мероприятий. Концентрация внимания на взаимосвязи теоретических положений по этиологии и патогенезу заболевания с конкретным применением их в клинической практике позволит студенту лучше ориентироваться в разнообразном потоке информации, содержащейся в учебной литературе, а также будет способствовать формированию профессиональных компетенций будущих специалистов.

Термины и определения

Актуальность (англ. **actuality**, от лат. *actualis*– современный) – важность, значительность чего-либо для настоящего момента, современность.

Восприимчивость организма (англ. **susceptibility**) – способность организма реагировать на внедрение инфекционных агентов развитием заболевания, инapparантной (бессимптомной) инфекции или микробоносительства.

Гипотеза (англ. **hypothesis**, от др.-греч. ὑπόθεσις – предположение) – предполагаемая причина, не имеет доказательной базы, как правило, не используется в практической работе врача, но может стать теорией.

Дифференциальная диагностика (англ. **differential diagnosis**, от лат. *differentia* – различие) предполагает сравнение характерных признаков заболевания с другими похожими для установления окончательного диагноза.

Инвалидность (англ. **disability**, от лат. *invalidus* – слабый, немощный) – состояние человека, при котором имеются препятствия или ограничения в деятельности человека с физическими, умственными, сенсорными или психическими отклонениями.

Инвариантность (англ. **invariance**, от лат. *invarians*– неизменяющийся) – неизменность, независимость от некоторых физических условий.

Инкубационный период (латентный период) (англ. **incubation period**)– время, проходящее между моментом воздействия на организм патогенного фактора и появлением первых симптомов заболевания.

Источник инфекции (син.: источник возбудителя инфекции, источник заражения, англ. **source of infection**) – зараженный человек или животное, организм которых является естественной средой обитания и накопления патогенных микроорганизмов, откуда они могут тем или иным путем попадать в организм восприимчивого человека (животного) и заражать его.

Качество жизни (англ. **quality of life**) – это совокупность факторов, определяющих физическое, психологическое, эмоциональное, социальное состояние больного и основанных на его субъективном восприятии.

Классификация (англ. **classification**, от лат. *classis*– разряд, *facere*– делать) – это система распределения объектов в определенном порядке в соответствии с набором признаков, дающих возможность сравнивать объекты, выделять их особенности.

Клиническая картина (син.: клиника, англ. **clinical features**, от греч. *klinike*– искусство врачевания) – это совокупность проявлений болезни.

Клиническое практическое занятие является основной аудиторной формой учебного процесса с выполнением обучающимися под руководством преподавателя заданий (обучающих или контролирующих). Проводится в форме контактной работы обучающихся с преподавателем и в форме самостоятельной работы обучающихся.

Контагиозность (англ. **contagiousness**, от лат. *contagiosus* - заразительный, заразный) – свойство инфекционных болезней передаваться от больных людей (животных) здоровым восприимчивым людям путем передачи их возбудителя при прямом или непрямом контакте.

Медицинская диагностика (от др.-греч. διαγνωστικός, *diagnosticos* — способный распознавать) — процесс установления диагноза, то есть заключения о сущности болезни и состоянии пациента, выраженное в принятой медицинской терминологии.

Механизм передачи инфекции (англ. **transmission**)— способ перемещения возбудителя инфекционной или паразитарной болезни из зараженного организма в восприимчивый.

Назначение – происходит от глагола «назначить», т.е. наметить, установить, определить. Таким образом, назначение пациенту — это определение круга необходимых ему лекарственных средств (медицинских изделий), так называемая лекарственная терапия с указанием на порядок приема препаратов, их количество в промежутки времени.

Понятие (англ. **concept**) – самое общее, максимально абстрактное представление о чём-либо.

Определение (англ. **definition**, от лат. *definitio* – «предел», «граница») – формулировка, раскрывающая содержание понятия.

Патогенез (англ. **pathogenesis**, греч. *pathos* – страдание, болезнь, *genesis* – происхождение) – учение о механизмах возникновения и развития болезней и патологических процессов.

Практическое занятие– работа студентов учебной группы в аудитории под непосредственным руководством и контролем преподавателя по выполнению обучающих заданий.

Провоцирующие факторы (факторы риска) (англ. **risk factors**) – факторы, повышающие вероятность возникновения болезни.

Прогноз (англ. **prognosis**, от греч. *prognosis* – предвидение, предсказание) – предвидение вероятного возникновения заболевания или суждение о предполагаемом характере течения и исхода болезни.

Профилактика–(англ. **prevention**, от греч. *Πρόφύλακτικός* – предохранительный) – термин, означающий комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска.

Пути передачи (англ. **route of transmission**)– определяют конкретные факторы передачи или их сочетание, обеспечивающие перенос инфекционного агента от больного человека или от носителя здоровому.

Распространенность (син.: болезненность, англ. **prevalence**) – медико-статистический показатель, определяющий распространенность зарегистрированных заболеваний, как вновь возникших, так и ранее существовавших, по поводу которых были первичные обращения в календарном году, или совокупность всех имеющихся среди населения случаев заболевания.

Рекомендация (от лат. *recommendare* – поручать) – совет, пожелание. Рекомендация врача – совет врача, его пожелание пациенту, данное с целью лечения недуга, достижения благополучного результата такого лечения. Рекомендации не подразумевают под собой советов относительно лекарственных средств и включают только пожелания о исполнении требуемого режима и диеты.

Теория (англ. **theory**, от греч. *θεωρία* – исследование) – это научное предположение, имеющее доказательную базу.

Термин (англ. **term**, от лат. *terminus*– предел, граница) – слово или сочетание слов, обозначающее специальное понятие, употребляемое в науке, технике, искусстве.

Учебник–основное учебное издание, содержащее систематизированную учебную информацию по дисциплине соответствующего конкретного государственного

образовательного стандарта и официально рекомендованное Учебно-методическим объединением и/или Минобразования РФ в качестве данного вида издания.

Учебное пособие– учебное издание, содержащее учебную информацию, дополняющую и/или частично заменяющую учебник или способствующую рациональному достижению целей обучения и официально рекомендованное Учебно-методическим объединением вузов соответствующих специальностей и/или редакционным советом учебного учреждения в качестве данного вида издания.

Эпидемиология (англ. **epidemiology**, от греч. – *epidemos* распространенный среди людей, *logos*– учение) – медицинская наука, изучающая закономерности эпидемического процесса и разрабатывающая меры борьбы с заразными болезнями человека.

Этимология (англ. **etymology**, от греч. *etymologia*, от *etymon*– истинное значение слова, и *logos*– слово, учение) – отрасль языкознания, исследующая происхождение слов, их первоначальную структуру и семантические связи.

Этиология (англ. **etiology** или **aetiology**, от греч. *aitia* – причина, *logos* – учение) – учение о причинах возникновения болезни или патологического состояния.

Таблица 1. Схема изучения заболевания

№	Разделы
1	Название заболевания
2	Определение
3	Актуальность заболевания
4	Этиология
5	Патогенез
6	Эпидемиология
7	Классификация
8	Клиника
9	Диагностика
10	Дифференциальный диагноз
11	Лечение
12	Профилактика

1. Название заболевания

Некоторую информацию о том, что представляет собой то или иное заболевание, можно почерпнуть, зная происхождение его названия. Многие заболевания получили свои названия очень давно, когда еще не были известны истинные причины их возникновения, - либо по симптомам, либо по каким-то другим признакам, характерным для болезни.

Так, возникновение термина «волчанка» связано с периодом глобального относительного похолодания (малым ледниковым периодом), имевшим место в Европе в течение XIV—XVI веков. Катание на коньках – чрезвычайно распространенный мотив европейской живописи (рис.1). В Европе, покрытой в тот период лесами, нередко были случаи нападения волков на людей. Если в результате человек выживал, то оставались обезображивающие рубцы на открытых участках тела, что схоже с симптомами заболевания.

В результате изучения данного раздела студент должен:

- 1) правильно писать и произносить русский, латинский/греческий, английский термины,
- 2) объяснить **этимологию** (происхождение) термина,
- 3) объяснить, в каких разделах **практической деятельности** врача может использоваться знание об этимологии названия заболевания (в диагностике, в лечении, в профилактике).



Рис. 1. Зимний пейзаж с конькобежцами и охотниками (Гриммер Якоб, ок.1525-1590)

Пример ответа.

1) Русское название - красная волчанка, латинское- *lupus erythematoses (LE)*, английское *Lupus erythematosus*;

2) название произошло от латинского слова *lupus*– волк, от древне-греческого *erythrós*– красный,

3) при установлении диагноза красной волчанки определяют *LE* – клетки лабораторным методом.

2. Определение

Указываются основные характерные признаки для данного явления (заболевания), в то же время отличающие его от других похожих, близких явлений (заболеваний).

1) Виды определений по объему:

1. полные (развернутые),
2. сокращенные,
3. краткие.

Полные (развернутые) определения указываются в научно-исследовательских трудах (например, в монографиях).

Сокращенные названия включают не более 10 лексических единиц (слов), отражающих особенности заболевания.

В кратких определениях приводятся 2-3 признака.

2) Виды определений по назначению. Определения одного и того же заболевания будут отличаться для организаторов здравоохранения, для врача клинической специальности, для врача-эпидемиолога, для врача клинической лабораторной диагностики и т.д.

В результате изучения данного раздела студент должен: уметь сформулировать 2-3 сокращенных определений заболевания, в том числе дать определение, соответствующее профилю его будущей специальности.

Пример полного определения псориаза в руководстве для врачей:

Псориаз (psoriasis; синоним – чешуйчатый лишай) – хронический воспалительный иммунозависимый генодерматоз мультифакториального генеза, передающийся по доминантному типу с неполной пенетрантностью, характеризующийся усилением пролиферативной активности кератиноцитов с нарушением процессов кератинизации и развитием патологических процессов в коже, ногтях и суставах [Самцов А. В., Барбинов В. В., 2008].

Терлецкий О. В. Псориаз. Руководство по диагностике и терапии разных форм псориаза и псоритического артрита / О. В. Терлецкий К. И. Разнатовский, Г. И. Григорьев. – СПб.: Изд-во ДЕАН, 2014. – 486 с.

Наименование учреждения СГБ №1 СПРАВКА № 543

Дата Н.

Дата рождения 1973г. Адрес ЕКАТЕРИНБУРГ

Дерматолог: Дата 22 СЕН 2019

Диагноз: ПСОРИАЗ

Соскоб на энтеробиоз: дата 21 СЕН 2019 отрицательный

Терапевт: диагноз Здоров

Может посещать бассейн в течение 6 месяцев

Дата 23 СЕН 2019 Врач Иванов

Рис. 2. Пример краткого определения псориаза в справке в бассейн

Пример ответа.

Сокращенные определения псориаза:

псориаз – хронический, наследственно обусловленный дерматоз, характеризующийся мноморфными папулезными высыпаниями (для клинициста), покрытыми серебристо-белыми чешуйками,

псориаз – дерматоз, характеризующийся гиперкератозом, скоплением нейтрофильных гранулоцитов, акантозом, папилломатозом (для патоморфолога),

псориаз – хроническое неинфекционное распространенное (до 3% населения развитых стран) заболевание кожи (для эпидемиолога).

Список рекомендуемой литературы:

1. Большой энциклопедический словарь / гл. ред. А. М. Прохоров. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Большая Рос. энцикл.; СПб.: Норинт, 1997, 1999, 2001, 2004. – 1456 с.: ил.

2. Самцов А.В., Дерматовенерология [Электронный ресурс]: учебник / под ред. А.В. Самцова, В.В. Барбинова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-3650-9 – Режим доступа:<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436509.html>

3. Терлецкий О. В. Псориаз. Руководство по диагностике и терапии разных форм псориаза и псориазического артрита / О. В. Терлецкий К. И. Разнатовский, Г. И. Григорьев. – СПб.: Изд-во ДЕАН, 2014. –с. 13

4. Эпидемиологический словарь / под ред. Д.М.Ласта; пер. с англ. А.Никольской. - 4-е изд. - Москва, 2009. – с. 104-105.

3. Актуальность

Необходимо ответить на вопрос – почему данное заболевание включено в тематический план дисциплины.

Актуальность (от лат. *actualis* - современный) - важность, значительность чего-либо для настоящего момента, современность.

Инвариантные (основные, постоянные) **признаки актуальности:**

- 1) распространенность,
- 2) контагиозность,
- 3) прогноз,
- 4) инвалидность,
- 5) социальная значимость,
- 6) качество жизни.

Другие (редкие, специфические) **признаки актуальности**

Значение **прогноза** заболевания важно для понимания задач, связанных с профилактикой, лечением и реабилитацией больных, возможной стойкой утратой трудоспособности.

Социально значимые заболевания - заболевания, обусловленные социально-экономическими условиями, приносящие ущерб обществу и требующие социальной защиты человека.

Необходимо учитывать влияние дерматозов и ИППП на качество жизни пациентов, включающее физическое, психическое, социальное и экономическое благополучие. У большинства из них возникают такие негативные проявления как чувство смущения, связанные с этим трудности в учебе и работе, нарушение повседневной социальной деятельности, ухудшение межличностных отношений, а также физические симптомы вследствие наличия кожных проявлений

При изучении данного раздела студент должен: уметь обосновать актуальность заболевания.



Рис. 3. Псориатический артрит (развитие стойкой потери трудоспособности)

Пример ответа.

Актуальность псориаза обусловлена:

1. показателем широкой распространенности – встречается у 1–2% населения развитых стран,
2. возможным вовлечением в патологический процесс суставов, что приводит к ограничению трудовой деятельности, к инвалидизации,
3. снижением качества жизни при высыпаниях на открытых участках тела,
4. отсутствием этиотропного лечения, хроническим течением дерматоза.

Актуальность сифилиса обусловлена:

1. показателями заболеваемости – регистрацией врожденного сифилиса, сифилиса детей, увеличением доли поздних, скрытых форм, нейросифилиса,
2. неблагоприятным прогнозом при поздних формах инфекции, возможной инвалидизацией, летальным исходом,
3. репродуктивными потерями (мертворождение),
4. контагиозностью заболевания, необходимостью проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Список рекомендуемой литературы:

1. Дерматовенерология: учебник для студентов учреждений высш. проф. мед. образования / Е.В. Соколовский, Г.Н. Михеев, Т.В. Красносельских и др.; под. ред. Е.В. Соколовского. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017.- С. 294-295, 520-523.
2. Сифилис и инфекции, передаваемые половым путем: электронное учебное пособие Н.В. Кунгуров, М.А. Уфимцева, Н.П. Малишевская и др. Екатеринбург: УрНИИДВиИ, УГМУ. - 2014.
3. Болезни кожи: электронное учебное пособие под ред. Н.В. Кунгурова. Екатеринбург: Ур-НИИДВиИ, УГМУ. - 2015.
4. Coates L.C. Psoriatic Arthritis: State of the Art Review / L.C. Coates, P.S.Helliwell // Clin Med (Lond) 2017 Feb;17(1):65-70, doi: 10.7861/clinmedicine.17-1-65.
5. Schmidt R. Resurgence of Syphilis in the United States: An Assessment of Contributing Factors / R. Schmidt, P.J. Carson, R.J. Jansen // Infect Dis (Auckl). 2019 Oct16;12:1178633719883282. doi: 10.1177/1178633719883282.

4. Этиология

Этиология (от греч. – *aitia* причина, *logos* - учение) – учение о причинах возникновения болезни или патологического состояния.

При изучении этиологии заболевания выделяют гипотезы и теории.

Гипотеза (от др.-греч. ὑπόθεσις - предположение) – предполагаемая причина, не имеет доказательной базы, как правило, не используется в практической работе врача, но может стать теорией.

Например, *Rigoni-Stern* в 1842 г. опубликовал данные, основанные на изучении регистра смертей в г. Вероне с 1760 по 1830 г. отметив, что рак шейки матки значительно чаще был причиной смерти замужних женщин и вдов и не встречался у девственниц и монахинь. Это обстоятельство позволило ученому высказать гипотезу об инфекционном происхождении заболевания. Однако лишь спустя 166 лет в 2008 г. *Haraldzur Hausen* получил нобелевскую премию по физиологии и медицине за открытие вирусов папилломы человека, вызывающих рак шейки матки (рис. 1, 2).

Теория(от греч. θεωρία - исследование) – это научное предположение, имеющее доказательную базу. Врач опирается на теории. Однако необходимо помнить, что теории постоянно изменяются с учетом накопленных знаний.

В результате изучения данного раздела студент должен:

1. уметь назвать доказанные причины возникновения заболевания (теории) и/или привести гипотезы о возникновении заболевания,
2. при приведении теории уметь рассказать, в каком разделе практической деятельности врача могут быть использованы данные знания.

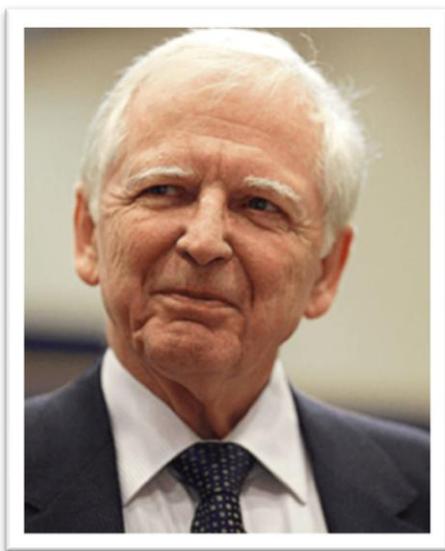


Рис.4. *Haraldzur Hausen*, профессор университета Дюссельдорфа, нобелевский лауреат 2008 г.



Рис. 5. Медаль, вручаемая лауреату Нобелевской премии по направлению «Физиология и медицина»

Пример ответа.

1. Причиной возникновения акантолитической пузырьчатки является аутоиммунные реакции, доказательством являются циркуляция аутоантител к компонентам клеток шиповатого слоя эпидермиса;

2. данная теория используется при диагностике заболевания - определение антител иммуноферментным методом, при лечении – базовой терапией больных акантолитической пузырьчаткой являются системные глюкокортикостероиды, применяемые в лечении аутоиммунных заболеваний.

1. Причиной заболевания гонореей являются бактерии *Neisseria gonorrhoeae*;

2. в диагностике заболевания используются микроскопическое/культуральное исследование, молекулярно-биологический метод – обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *N. gonorrhoeae*; в лечении – назначение антибактериальных препаратов.

При изучении заразных кожных и венерических заболеваний рекомендовано заполнить таблицу, отражающую основные свойства возбудителя, имеющие практическое значение.

Таблица 2. Схема изучения возбудителей инфекционных дерматозов и ИППП

№	Признаки	Свойство данного возбудителя	Использование в практике врача
1	Название возбудителя (русский термин, латинский)		
2	Внешний вид возбудителя		
3	Размер		
4	Взаиморасположение		
5	Подвижность возбудителя		
6	Тинкториальные свойства		
7	Рост на питательных средах		
8	Устойчивость во внешней среде		
9	Чувствительность к дез. средствам		
10	Чувствительной к противомикробным препаратам		
11	Способность поражать человека, животных и др.		

Список рекомендуемой литературы:

1. Долгих В. Т. Патологическая анатомия: учебное пособие для вузов / В. Т. Долгих. — Москва: Издательство Юрайт, 2019. — С. 27-37
2. Яковлева Е. В. Гипотеза и ее роль в формировании мышления студентов // Вестник ТГПУ. 2016. №9 (174). С. 120-127. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gipoteza-i-ee-rol-v-formirovanii-myshleniya-studentov>
3. Alison Abbott. Virus discoveries secure Nobel prize in medicine // *Nature News*. Published online 6 October 2008.
4. Лисицин Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 105-128. ISBN 978-5-9704-1403-3

5. Патогенез

Патогенез (греч. *pathos* – страдание, болезнь и *genesis* – происхождение) – учение о механизмах возникновения и развития болезней и патологических процессов.

Это дает возможность ответить на вопрос: «**как развивается**» болезнь или патологический процесс.

Пусковым механизмом (звеном) любого патологического процесса, заболевания является повреждение, возникающее под влиянием провоцирующего фактора.

Провоцирующие факторы (факторы риска) – факторы, повышающие вероятность возникновения болезни. Различают экзогенные факторы риска (экологические, экономические) и эндогенные, зависящие от самого человека и особенностей его поведения (наследственная предрасположенность, повышенный уровень холестерина в крови, курение, гиподинамия).

Патогенез неинфекционных заболеваний

Например, Daniel Bovet в 1957 г. был удостоен Нобелевской премии за открытие роли гистамина в патогенезе аллергических реакций и разработку антигистаминных препаратов. В основе патогенеза острой крапивницы лежит аллергическая реакция I типа, для которой характерно высвобождение гистамина из тучных клеток, что способствует местному отеку, повышению температуры, покраснению, появлению зуда или боли (рис.1,2). К экзогенным факторам риска острой крапивницы относят физическое воздействие на кожу (тепло, давление, трение), прием пищи, алкоголя, лекарственных средств (аспирин и другие НПВП), к эндогенным – хронический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, сахарный диабет и тд.



Рис. 6. Daniel Bovet

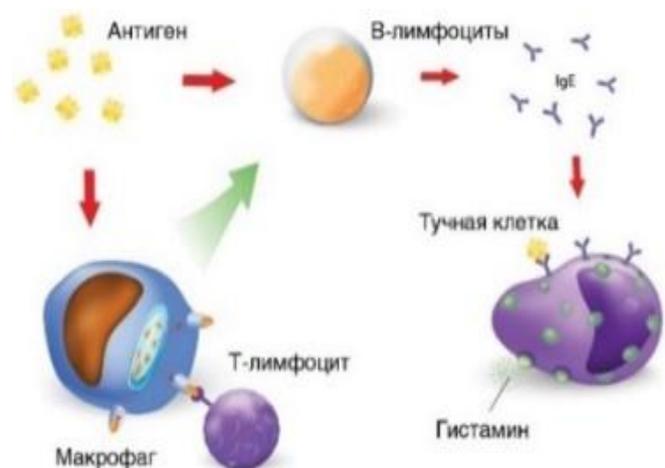


Рис. 7. Схема патогенеза аллергических реакций

Патогенез инфекционных заболеваний

János Bóka, венгерский педиатр, профессор в 1888 году впервые выявил патологическую связь между опоясывающим лишаем (ОЛ) и ветряной оспой (ВО).

Резервуаром и источником возбудителя ветряной оспы – вируса Варицелла Зостер (*Varicella Zoster virus*) (ВЗВ), является человек, больной ветряной оспой или опоясывающим лишаем.

Инкубационный период при ВО составляет от 10 до 21 дня (в среднем 13—17 дней).

Механизм передачи ВЗВ, преимущественно аспирационный (аэрогенный), реализуется воздушно-капельным и контактным путями передачи. Возможна трансплацентарная передача ВЗВ - от больной матери к плоду.

ОЛ представляет собой спорадическое заболевание, возникающее в результате активации в организме ВЗВ, проявляется поражением задних корешков спинного мозга и межпозвоночных ганглиев. Клинически проявляется лихорадкой, общей интоксикацией и везикулезной экзантемой по ходу вовлеченных в процесс чувствительных нервов.

Основными факторами риска тяжелого течения заболевания являются лейкозы, солидные опухоли, ВИЧ-инфекция, иммуносупрессивная терапия, а также терапия кортикостероидами.



Рис. 8. János Bóka

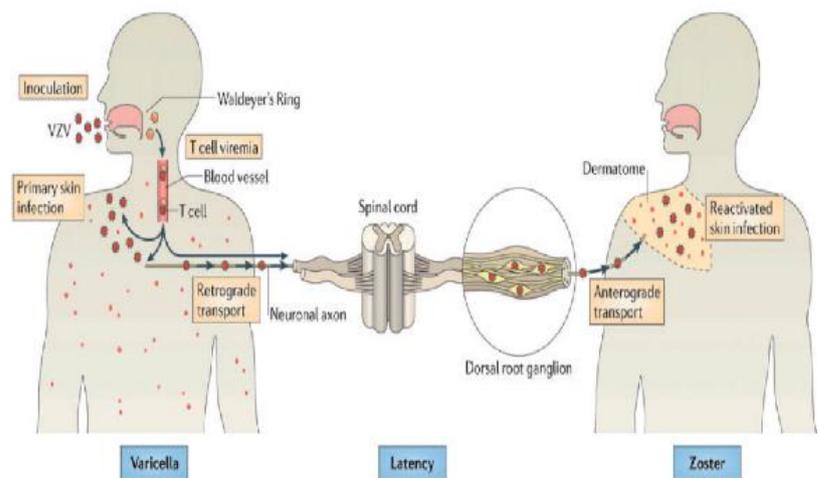


Рис. 9. Схема патогенеза опоясывающего лишая

В процессе изучения данного раздела студент должен:

1. **Воспроизвести** звенья патогенеза изучаемой болезни.
2. Уметь обосновать, в каком разделе практической деятельности врача могут быть использованы данные знания.

Пример ответа.

1. Патогенез **псориаза** заключается в гиперпролиферации и нарушении дифференцировки кератиноцитов (клеточный цикл уменьшается с 28 суток (в норме) до 2-4 суток), а также в воспалении в дерме (основную роль играют **цитокины** – подобные гормонам специфические белки – ФНО- α , IL-1, -12, -17, -22 и -23, секретируемые Т-лимфоцитами, кератиноцитами).

2) поэтому в лечении используются цитостатики (антипролиферативное действие – тормозят клеточный митоз; противовоспалительное – ингибируют синтез провоспалительных цитокинов), топические ГКС (противовоспалительное действие – снижают выделение медиаторов воспаления, IL, гамма-интерферона; антипролиферативное, противозудное; сосудосуживающее действия).

1. Патогенность **стрептококков** обусловлена внеклеточными токсинами: стрептолизином, эритрогенными токсинами А и В, О-токсинами и др., в результате повышается проницаемость сосудистой стенки, выход плазмы в межтканевое пространство, что приводит к образованию отека, далее пузырей, наполненных серозным экссудатом. Для стрептодермий характерен экссудативно-серозный тип воспалительной реакции,

2. поэтому морфологический элемент стрептодермии–фликтена – поверхностно расположенный пузырек с дряблой покрывкой и серозно-гнойным содержимым.

1. **Гонококки** фиксируются на слизистых, выстланных цилиндрическим эпителием (уретра, цервикальный канал, прямая кишка, конъюнктура),

2. поэтому для диагностики гонореи проводится забор материала из данных локализаций.

Список рекомендуемой литературы:

1. Клинические рекомендации Минздрава РФ: рубрикатор клинических рекомендаций на сайте <http://cr.rosminzdrav.ru>, клинические рекомендации, Класс по МКБ-10: L00-L99 Болезни кожи и подкожной клетчатки; Класс по МКБ-10: A00-B99 Некоторые инфекционные и паразитарные болезни. (Клинические рекомендации 2016 г. имеют статус нормативного документа от 25.12.2018 г. № 489-ФЗ).

2. Пиодермии [Текст]: учеб. пособие для осваивающих образовательные программы высшего образования по специальности «Лечебное дело»/под ред. С. А. Чернядьева, М.А. Уфимцевой; Уральский гос. мед. университет — Екатеринбург: Издательство УГМУ, 2016. — с 24-25.

3. Чеботарев В.В., Дерматовенерология [Электронный ресурс]: учебник / Чеботарев В.В., Асхаков М.С. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – Раздел 23: с. 1-2. 680 с. - ISBN 978-5-9704-3567-0 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435670.html>

4. Горланов И.А., Детская дерматовенерология [Электронный ресурс]: под ред. И.А. Горланова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4029-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440292.html>

5. Черешнев В.А. Патофизиология / В.А. Черешнев, Б.Г. Юшков – М.: Москва Россия, 2014. – с. 33-35.

6. Эпидемиология

Эпидемиология - (от греч. – *epidemos* распространенный среди людей, *logos*-учение) - медицинская наука, изучающая закономерности эпидемического процесса и разрабатывающая меры борьбы с заразными болезнями человека.

Эпидемический процесс— это процесс распространения инфекционных болезней в человеческом обществе.

При разборе инфекционного заболевания важно определить его **основные звенья**:

- 1) характеристика источника заражения,
- 2) механизмы и пути передачи инфекции,
- 3) восприимчивость организма,
- 4) факторы, способствующие заражению.

При характеристике источника инфекции необходимо отметить, от кого произошло заражение, от больного человека и/ или животного.

Механизм передачи заразных кожных заболеваний и ИППП, как правило, является контактный, при этом пути могут быть как прямые, так и непрямые пути передачи.

Факторы, способствующие заражению, могут быть как природного, так и социального характера.

Эпидемиология неинфекционных заболеваний необходима для определения закономерностей заболевания и выявления групп риска среди населения. **При описании неинфекционного процесса** следует обратить внимание на половозрастную характеристику болеющих лиц и возможную территориальную распространенность заболевания, а также факторы, способствующие возникновению заболевания и обострению, которые необходимо учитывать при составлении рекомендаций по диспансерному наблюдению пациентов.

В результате изучения данного раздела студент должен: уметь обосновать эпидемиологию заболевания.

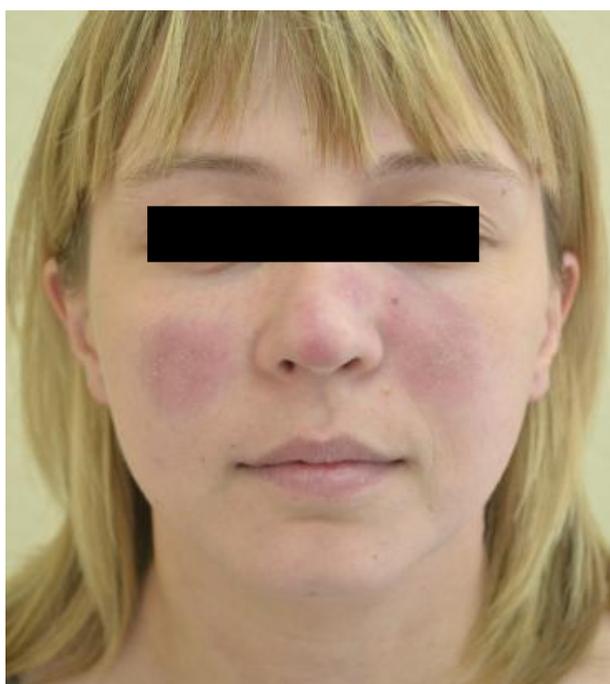


Рис. 10. Дискоидная красная волчанка у женщины А. 27 л., длительное пребывание на солнце

Пример ответа.

1. Чесотка - контагиозное паразитарное заболевание, источником инфекции является больной человек,

2. механизм заражения контактный, пути заражения прямой контактный (контакт непосредственно кожных покровов - рукопожатие, объятия) и контактно-бытовой (заражение через предметы быта, детские игрушки, личные вещи),

3. восприимчивость организма высокая, группами риска являются организованные коллективы, лица, не соблюдающие правила личной гигиены,

4. к факторам, способствующим распространению и повышению заболеваемости, являются неблагоприятные социально-бытовые условия, возникающие в результате войн, миграции населения, стихийных бедствий.

2) Дискоидная красная волчанка возникает преимущественно у женщин в возрасте 20 - 40 лет. Факторами риска развития заболевания являются длительная инсоляция, I фототип кожи, лекарственная непереносимость, очаги хронической инфекции, поэтому пациенту необходимо рекомендовать ограничить пребывание на солнце, использовать фотозащитные средства, своевременно лечить очаги хронической инфекции.

Список рекомендуемой литературы:

1. Дерматовенерология: учебник для студентов учреждений высш. проф. мед. образования / Е.В. Соколовский, Г.Н. Михеев, Т.В. Красносельских и др.; под. ред. Е.В. Соколовского.- Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017.- с. 341-346.

2. Кожные и венерические болезни: учебник / под ред. О.Ю. Олисовой. — 2-е изд., доп. — М.: Практическая медицина, 2019. - с. 194-198.

3. Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – с. 414-415.

4. Anderson K.L. Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Scabies in a Dermatology Office / K.L. Anderson, L.C. Strowd // J Am Board Fam Med. 2017 Jan 2;30(1):78-84. doi: 10.3122/jabfm.2017.01.160190.

5. Samotij D. Prevalence of Pruritus in Cutaneous Lupus Erythematosus: Brief Report of a Multicenter, Multinational Cross-Sectional Study / D. Samotij, J. Szczech, C.J. Kushner et all // Biomed Res Int. 2018 Jul 25;2018:3491798. doi: 10.1155/2018/3491798.

7. Классификация

Классификация (от лат. *classis* – разряд, *facere* – делать) – это система распределения объектов в определенном порядке в соответствии с набором признаков, дающих возможность сравнивать объекты, выделять их особенности.

Виды классификаций:

1) **Статистическая** классификация необходима для учета болезней. В настоящее время действует МКБ-10, одобренная международной конференцией ВОЗ в Женеве в 1989 г. Дерматовенерология представлена в ней рубрикой «L» от L 01.0 до L 99.8.

2) **Клиническая** классификация имеет четкую практическую направленность, используется для формирования клинического диагноза. Клинические классификации могут быть авторские, утвержденные на съездах, конгрессах различного уровня и др. Чаще всего клиническая классификация болезни включает такие признаки, как, клинические формы, стадии, тяжесть, распространенность, тип течения. Клинические классификации могут содержать данные об этиологии, сезонности, чувствительности к терапии.

В оценке степени тяжести кожного заболевания могут использоваться международные индексы PASI (псориаз), SCORAD (атопический дерматит) и ряд других.

На основании клинического диагноза принимается решение о виде (первичная медико-санитарная или специализированная медицинская помощь) и условиях (вне медицинской организации, в амбулаторных условиях, в стационарных условиях) оказания медицинской помощи.

В результате изучения данного раздела студент должен:

- 1) на основании МКБ-10 установить шифр конкретного случая.
- 2) **сформулировать разделы диагноза** больного, согласно **клинической классификации** по изучаемой нозологии.
- 3) объяснить, в каких разделах **практической деятельности** врача может использоваться знание каждого раздела клинической классификации.



Рис. 11.



Рис. 12.

Пример ответа.

1. Статистическая классификация - L 40.0.

2. Клиническая классификация: распространенный диффузный псориаз, с площадью поражения кожи (S) 60-70%, стадия прогрессирования, резистентный к обычным методам терапии (рис. 11); ограниченный бляшечный осенне-зимний псориаз, S 20%, стационарная стадия (рис. 12).

3) Пациент, в клиническом диагнозе которого указано «распространенный диффузный, S 60-70%; стадия прогрессирования, резистентный к обычным методам терапии» должен лечиться в условиях стационара, а пациент с диагнозом «ограниченный бляшечный псориаз, S 20%, стационарная стадия» может получать терапию в амбулаторных условиях.

Список рекомендуемой литературы:

1. Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – С. 729-740.

2. История болезни пациента дерматовенерологического профиля / М.А. Уфимцева, Ю.М. Бочкарев, Е.П. Гурковская, К.И. Николаева - Екатеринбург: УГМА, 2012 – С. 63-88.

3. Клинические рекомендации Минздрава РФ: рубрикатор клинических рекомендаций на сайте <http://cr.rosminzdrav.ru>, клинические рекомендации, Класс по МКБ-10: L00-L99 Болезни кожи и подкожной клетчатки; Класс по МКБ-10: A00-B99 Некоторые инфекционные и паразитарные болезни. (Клинические рекомендации 2016 г. имеют статус нормативного документа от 25.12.2018 г. № 489-ФЗ).

4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр. В 3-х томах. – Всемирная организация здравоохранения, 1995.

8. Клиника.

Клиническая картина (син. клиника, от греч. *klinike*– искусство врачевания) – это совокупность проявлений болезни.

Для формирования клинической картины заболевания требуются следующие данные:

1) **Жалобы.** Указываются жалобы отражающие заболевания кожи и слизистых (высыпания, болезненность, зуд и другие проявления болезни), а также соматические и другие жалобы.

2) **Анамнез заболевания.** В данном разделе описываются начало болезни, ее течение до настоящего обострения, постановка диагноза, лечение болезни до настоящего обострения, настоящее обострение.

3) **Анамнез жизни.** Учитываются сведения об условиях жизни, перенесенных и хронических заболеваниях, операциях, травмах, беременностях, аллергических реакциях, наследственности и др.)

4) **Данные клинического обследования,** а именно *status praesens*, с помощью которого можно заподозрить наличие фоновых патологий и хронических заболеваний, и *status specialis*, который позволяет поставить предварительный диагноз.

При описании **status specialis** учитываются распространенность кожного процесса; преимущественное расположение элементов; симметричность или асимметричность сыпи; склонность к периферическому росту и слиянию; склонность к группировке; характеристика первичных и вторичных морфологических элементов; мономорфизм и полиморфизм сыпи; вовлечение в патологический процесс придатков кожи; выявление патогномичных симптомов, использование специальных приемов.

Описания специального статуса при дерматозе может быть достаточным для постановки диагноза, однако, без учета данных анамнеза о течении заболевания, ответа на предыдущую терапию, наличия сопутствующих заболеваний невозможно разработать эффективную схему лечения и профилактических мероприятий.

Подробная информация представлена в учебном пособии «История болезни пациента дерматовенерологического профиля» [1].

В результате изучения данного раздела студент должен:

1) продолжить совершенствовать навыки сбора жалоб и анамнеза, обследования больного с учетом особенностей изучаемой дисциплины и конкретной нозологии.

2) уметь провести физикальное обследование больного, в том числе с использованием специальных приемов дерматологического обследования;

3) уметь изложить полученную информацию в истории болезни или амбулаторной карте, обращая внимание на особенности ведения медицинской документации у дерматологических больных.

Пример ответа.

1) Характерными жалобами больных чесоткой являются кожные высыпания и зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время, что позволяет отличить чесотку от других зудящих дерматозов, при которых зуд выражен как в ночное, так и в дневное время.

2) Указание в **анамнезе заболевания** на появление высыпаний после приема лекарственных препаратов позволяет предположить у больного токсидермию.

3) Указание в **анамнезе жизни** на наличие аналогичных высыпаний и шелушения у родителей пациента позволяет предположить у больного псориаз.

4) Выявленная при **клиническом осмотре** пациента артериальная гипертензия является противопоказанием для назначения системных глюкокортикостероидов

5) Кожный процесс при псориазе может быть **ограниченным** (например, в области волосистой части головы), **распространенным** (высыпания локализируются в области разгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов) или **универсальным** (при псориатической эритродермии). От степени распространенности процесса будет зависеть тактика врача.

6) **Симметричность сыпи** характерна для неинфекционных дерматозов, что позволяет дифференцировать их от инфекционных дерматозов, которые характеризуются **асимметричностью высыпаний**.

Список рекомендуемой литературы:

1) История болезни пациента дерматовенерологического профиля. / Н.В. Кунгуров, Ю.М. Бочкарев, М.А. Уфимцева, и др. – Екатеринбург: УГМА, УрНИИДВиИ, 2012. С. 8-17

2) Владимиров В.В., Кожные и венерические болезни. Атлас: учеб. пособие / В.В. Владимиров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 232 с.

3) Самцов А.В., Дерматовенерология [Электронный ресурс]: учебник / под ред. А.В. Самцова, В.В. Барбинова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-3650-9 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436509.html>

4) Скрипкин Ю.К., Кожные и венерические болезни: учебник / Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 544 с.

5) Олисова О. Ю., Дерматологический атлас / под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.

6) Чеботарев В.В., Дерматовенерология [Электронный ресурс]: учебник / Чеботарев В.В., Асхаков М.С. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 680 с. - ISBN 978-5-9704-3567-0 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435670.html>

7) Anthony du Vivier, John S.B., Phillip H. Mckee et. al. Atlas of Clinical Dermatology, Fourth Edition. London: Elsevier, 2013. PP 1-21.

8) Antonella Tosti, Ralph D., MatildeLorizzo. Color Atlas of Nails. New York: Springer, 2010. PP 1-3.

9) Habif T.P. Clinical Dermatology 6th Edition: A Color Guide to Diagnosis and Therapy. Hanover: Saunders, 2016. PP. 22-39

10) James W.D., Dirk M.E., Timothy G.B., George C.A. Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. London: Saunders/ Elsevier, 2020. 968 P. 2-30

9. Диагностика

Диагноз заболевания устанавливается на основании клинического обследования, включающего учет жалоб, данных анамнеза, физикального осмотра и в ряде случаев требуется проведение лабораторных, инструментальных и других методов исследования.

При диагностике заболевания лабораторные исследования проводятся: 1) **обязательно**, но учитываются лишь положительные результаты (венерология), 2) **обязательно**, но диагноз может быть установлен при отрицательном результате (чесотка), 3) **не применяются** для установления диагноза (псориаз).

Виды лабораторных методов: 1) микроскопия (нативных препаратов, окрашенных препаратов: окраска метиленовым синим, по Граму), 2) культуральный, 3) серологический, 4) другие: молекулярно-биологический, цитологический.

Инструментальные методы: люминесцентная диагностика, дерматоскопия.

Иные методы: гистологический, гистохимический КТ, МРТ, рентгенография.

В результате изучения данного раздела студент должен:

- 1) правильно произнести характерные признаки заболевания, которые можно выявить при клиническом обследовании,
- 2) обосновать необходимость лабораторных и др. методов исследования и охарактеризовать данный метод.



Рис. 13. Этапы постановки диагноза: клиническое обследование + эпидемиологический анамнез + микроскопия нативного препарата

Пример ответа.

1. Диагноз **псориаза** устанавливается на основании жалоб (на высыпания), данных анамнеза (псориаз у близкого родственника), клинического осмотра (характерные мономорфные папулезные высыпания в типичных местах). Дополнительных методов исследования, как правило, не требуется. При атипичных вариантах псориаза возможно проведение патогистологического исследования.

2. Диагноз **чесотки** устанавливается на основании данных эпидемиологического анамнеза (пребывание в командировке, контакт с больным), жалоб (кожные высыпания, сопровождающиеся зудом, усиливающимся в вечернее и ночное время), клинического осмотра (характерные фолликулярные папулы, чесоточные ходы в типичных местах) с **обязательным** лабораторным подтверждением (обнаружение чесоточного клеща при микроскопии нативного препарата).

3. Диагноз **гонореи** устанавливается на основании жалоб (гнойные выделения из половых органов, дизурия, диспареуния), данных эпидемиологического анамнеза (контакт с предполагаемым источником), клинического осмотра (гиперемия и

отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, гнойные выделения из уретры) с **обязательным** лабораторным подтверждением: у мужчин с манифестными проявлениями - микроскопическое исследование препарата, окрашенного метиленовым синим и по Граму или молекулярно-биологических методов, для женщин и детей - культурального и/или молекулярно-биологических методом.

Список рекомендуемой литературы:

1. Елинов, Н. П. Дерматомицеты (лекция): учебное пособие/ Н. П. Елинов. – Санкт-Петербург: КОСТА, 2010 – 42-45 с.

2. Практические навыки в дерматовенерологии: Справочник для врачей / Т.В. Соколова, В.В. Гладько, Л.А. Сафонова; под ред. Т.В. Соколовой. – Москва: МИА, 2016 – с. 52-54, с. 68-82.

3. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Лопатина Ю.В., Важбин Л.Б., Шувалова Т.М., Нефедова Е.Д. // Учебное пособие «Чесотка. Вопросы врачей и ответы специалистов». М. 2013. 2-ое издание. М.: Издательский комплекс МГУПП. С 61-64.

10. Дифференциальный диагноз

Дифференциальная диагностика (от лат. *differentia* – различие) предполагает сравнение характерных признаков заболевания с соответствующими признаками другого заболевания.

В результате проведения дифференциальной диагностики необходимо сформулировать один из трех выводов:

- диагноз сравниваемого заболевания снимается;
- диагноз более вероятен;
- оба заболевания равновероятны, требуется проведение лабораторных, инструментальных и иных методов исследования.

При изучении данного раздела студенту необходимо:

1. уметь назвать три главных симптома (признака) заболевания,
2. перечислить 2–3 заболевания, имеющие данные признаки,
3. последовательно сравнить особенности признаков у заболеваний из перечня,
4. назвать методы диагностики (лабораторные, инструментальные и др.), которые подтвердят диагноз.



а



б

Рис. 14 (а, б). Характерные высыпания при чесотке (а), АтД (б)

Пример ответа.

1. Ведущие симптомы при чесотке – зуд и полиморфная сыпь, поэтому -
2. дифференциальную диагностику проводим с зудящими дерматозами, а именно, с атопическим дерматитом (АтД), экземой.
3. Однако появление зуда при чесотке пациенты отмечают недавно, усиливается ночью. Зуд при АтД пациенты отмечают с детского возраста, связывают с употреблением определенных продуктов или контактом с бытовыми аллергенами, улучшение отмечают в летний период. При экземе зуд усиливается также после контакта с бытовыми аллергенами.

При чесотке характерны чесоточные ходы, высыпания в межпальцевых складках, симптомы Арди-Горчакова, Михаэлиса.

4) Для подтверждения диагноза чесотки требуется проведение микроскопического исследования материала соскоба кожи, полученного путем поскабливания скальпелем участков кожи в местах типичной локализации.

Список рекомендуемой литературы:

1. Хэбиф Т.П. Кожные болезни: диагностика и лечение. 4-е издание. М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 20, 79, 128, 300 с.
2. Самцов А.В., Дерматовенерология [Электронный ресурс]: учебник / под ред. А.В. Самцова, В.В. Барбинова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-3650-9 – Режимдоступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436509.html> (Глава 19. Нейроаллергодерматозы)
3. DermLine - сайт-атлас кожных и венерических заболеваний: <http://dermline.ru/index.htm>
4. Сингур Л.Г. К дифференциальной диагностике дерматозов: учебное пособие / Л.Г. Сингур, Л.М. Кулагина и др. – Владивосток: Медицина ДВ, 2016. – 86 с.
5. Дерматология: Аннотированный Атлас: учебное пособие для врачей / под ред. Н. В. Кунгурова. – Екатеринбург: УрНИИДВиИ, УГМУ, 2014.

11. Лечение

Врачебные рекомендации и медицинские назначения, согласно «Толковому словарю русского языка» С.И. Ожегова различаются по определению.

Рекомендация – совет, пожелание. Рекомендация врача – совет врача, его пожелание пациенту, данное с целью лечения недуга, достижения благополучного результата такого лечения. Рекомендации не подразумевают под собой советов относительно лекарственных средств и включают только пожелания о исполнении требуемого режима и диеты.

Назначение – происходит от глагола «назначить», т.е., установить, определить. Таким образом, назначение пациенту — это определение круга необходимых ему лекарственных средств (медицинских изделий), так называемая лекарственная терапия с указанием на порядок приема препаратов, их количество в промежуток времени.

Выделяют:

Этиотропное лечение – устранение причины заболевания.

Патогенетическое лечение – направлено на коррекцию механизмов развития и течения заболевания.

Симптоматическое лечение – направлено на устранение основных признаков заболевания.

Лечение инфекционного заболевания направлено на ликвидацию возбудителя данной инфекции.

Помимо лекарственной терапии, врачебные назначения могут включать:

- назначение обследования,
- назначение консультаций узких специалистов,
- назначение лечебных процедур (физиотерапия, санаторно-курортное лечение) и манипуляций (массаж, ЛФК и др.).

Рекомендации должны соответствовать клиническим рекомендациям.

Для изучения данного раздела студент должен:

1) уметь назначить пациенту необходимый режим и диету, соответственно заболеванию.

2) сформулировать основное направление лекарственной терапии (этиотропное, патогенетическое, симптоматическое).

3) объяснить, в каких разделах **практической деятельности** врача может использоваться знание каждого раздела рекомендаций и назначения.

Выписать рецепт на антигистаминный препарат, антибактериальный препарат, кортикостероидный крем.

Пример:

Режим: уход за кожей: ограничение контакта с раздражающими, загрязняющими кожу веществами.

Диета: общий стол, с учетом ограничений по сопутствующей патологии.

Этиотропное лечение: прекращение контакта с аллергеном при аллергическом контактном дерматите.

Лечение инфекционного заболевания: назначение противогрибковых препаратов при онихомикозах

Патогенетическое лечение: назначение цитостатических препаратов при распространенном псориазе средней степени тяжести.

Симптоматическое лечение: назначение нестероидных противовоспалительных средств при болевом синдроме при опоясывающем лишае.

Местное лечение: при псориазе в качестве кератолитиков: препараты салициловой кислоты в виде 1-2 % мази, в качестве противовоспалительных средств – топические глюкокортикостероиды.

Список рекомендуемой литературы:

1. Клинические рекомендации Минздрава РФ: рубрикатор клинических рекомендаций на сайте <http://cr.rosminzdrav.ru>, клинические рекомендации, Класс по МКБ-10: L00-L99 Болезни кожи и подкожной клетчатки; Класс по МКБ-10: A00-B99 Некоторые инфекционные и паразитарные болезни. (Клинические рекомендации 2016 г. имеют статус нормативного документа от 25.12.2018 г. № 489-ФЗ).

12. Профилактика

Профилактика - от греч. πρόφύλακτικός «предохранительный») - термин, означающий комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска.

Значение профилактики в медицине сведено к деятельности, посредством которой удается добиться сохранения и улучшения индивидуального, группового или общественного здоровья. А именно, предупреждение болезней, обострений заболеваний, сохранение здоровья и продление жизни человека, предотвращение социально-психологической и личностной дезадаптации.

Профилактика представляет собой систему государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер.

Виды профилактики:

1) Первичная - это комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения.

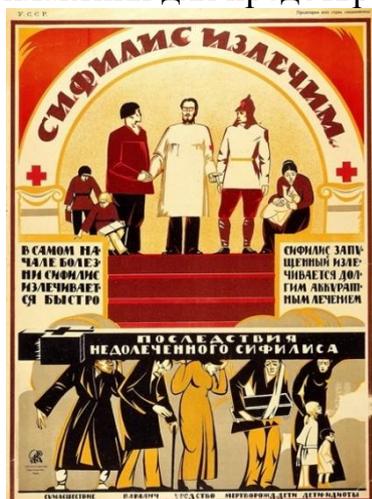
2) Вторичная - комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизацию заболеваний, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизацию и преждевременную смертность.

3) Третичная - комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций, с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса.

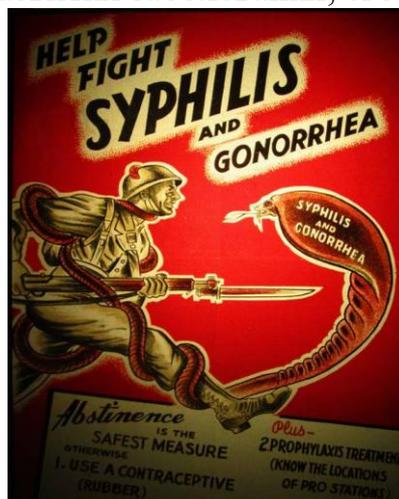
Виды медицинской профилактики по отношению к населению:

- индивидуальная
- групповая
- популяционная (массовая)

При изучении данного раздела заболевания студент должен перечислить меры профилактики для предотвращения развития заболевания, его обострения.



а



б

Рис. 15. Санитарно-просветительская работа, советский (а) и американский (б) плакаты

Пример ответа.

Профилактика сифилиса

Первичная – проведение санитарно-просветительской работы среди молодежи по предотвращению заражения (рис. 15), использование барьерных методов контрацепции.

Вторичная – скрининговые обследования на сифилис и лечение групп риска, подверженных повышенному риску инфицирования, либо тех групп, в которых заболевание ведет к опасным социальным и медицинским последствиям, а также проведение полноценного специфического лечения с последующим клинико-серологическим наблюдением.

Третичная – клинико-серологический контроль после лечения больного сифилисом.

Список рекомендуемой литературы:

1. Эпидемиология: учебник: в 2х томах / Н.И. Брико [и др.] - Москва: МИА, 2013.
2. Приказ Минздрава РФ от 30 июля 2001 г. N 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем» (с изменениями от 15 ноября 2001 г.)
3. СанПиН 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории РФ» (в ред. Изменений N 1, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 29.12.2015 N 97).
4. МУ 3.2.1756-03 «Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями».

Тестовые задания для самоконтроля

Выберите один правильный ответ

1. Слои эпидермиса:

- А. Роговой, сетчатый, блестящий
- Б. Зернистый, базальный, сосочковый
- В. Шиповатый, роговой, зернистый
- Г. Базальный, сосочковый, роговой
- Д. Сетчатый, блестящий, зернистый

2. Гиперкератоз – это утолщение:

- А. эпидермиса
- Б. базального слоя
- В. шиповидного слоя
- Г. зернистого слоя
- Д. рогового слоя

3. К полостным элементам относятся:

- А. Папула, пустула
- Б. Пузырек, волдырь
- В. Волдырь, пузырь
- Г. Бугорок, пузырь
- Д. Пузырь, пузырек

4. Гранулез – это утолщение:

- А. эпидермиса
- Б. шиповидного слоя
- В. зернистого слоя
- Г. базального слоя
- Д. рогового слоя

5. Дефект кожи в пределах эпидермиса:

- А. Язва
- Б. Эрозия
- В. Экскориация
- Г. Трещина

6. Наружные лекарственные формы при подострых воспалительных процессах без выраженных явлений экссудации:

- А. Болтушки, влажные повязки
- Б. Пасты, болтушки
- В. Примочки, компрессы
- Г. Мази, пластыри
- Д. Лаки, пасты

7. Характеристика папулы при псориазе:

- А. полигональная с обильными чешуйками
- Б. плоская, фиолетового цвета
- В. округлая, обладает периферическим ростом
- Г. полушаровидная, розового цвета
- Д. плоская с пупкообразным вдавлением в центре

8. Первичный морфологический элемент при красном плоском лишае:

- А. узел
- Б. папула
- В. фликтена
- Г. розеола
- Д. бугорок

9. Общий клинический признак псориаза и красного плоского лишая:

- А. артриты
- Б. изоморфная реакция (симптом Кебнера)
- В. сильный зуд
- Г. обильное шелушение
- Д. белый дермографизм

10. Клинические проявления дискоидной красной волчанки:

- А. эритема с легко отделяющимися чешуйками
- Б. гиперпигментация и мозаичный рубец
- В. эритема с болезненным снятием чешуек
- Г. бугорки желтовато-коричневого цвета, атрофические рубцы
- Д. эритема и склероз кожи

11. Первые клинические проявления ограниченной склеродермии:

- А. склероз кожи и отек
- Б. эритема и десквамация
- В. атрофия и болезненность
- Г. десквамация и зуд
- Д. эритема и отёк

12. Разновидность истинной экземы:

- А. импетигиозная
- Б. паратравматическая
- В. профессиональная
- Г. дисгидротическая
- Д. сикозиформная

13. Клинические проявления указывают на наличие зуда:

- А. петехии
- Б. папулы
- В. розеолы
- Г. эскориации
- Д. чешуйки

14. Морфологический элемент, характерный для крапивницы:

- А. папула
- Б. эскориация
- В. пятно
- Г. волдырь
- Д. лихенизация

15. Типичная локализация очагов при atopическом дерматите у взрослых:

- А. лицо, воротниковая зона
- Б. разгибательная поверхность конечностей
- В. ладони
- Г. стопы
- Д. волосистая часть головы

16. Излюбленная локализация atopического дерматита у детей в возрасте до 2 лет:

- А. крупные складки
- Б. ягодицы
- В. ладони и подошвы
- Г. лицо, разгибательные поверхности конечностей
- Д. волосистая часть головы

17. Первичные морфологические элементы высыпаний при чесотке:

- А. множественные эскориации
- Б. попарно расположенные мелкие узелки
- В. плоские узелки с периферическим ростом
- Г. буллезные высыпания
- Д. попарно расположенные бугорки

18. Поверхностная форма стафилодермии:

- А. паронихия
- Б. гидраденит
- В. карбункул
- Г. фурункул
- Д. вульгарный сикоз

19. Возбудитель буллезного импетиго новорожденного:

- А. гемолитический стрептококк
- Б. обыкновенный протей
- В. кишечная палочка
- Г. гноеродный стафилококк
- Д. превмококк

20. При гидрадените поражаются

- А. волосяные фолликулы
- Б. эккриновые потовые железы
- В. апокриновые потовые железы
- Г. сальные железы
- Д. слюнные железы

21. Возбудитель остроконечных кондилом:

- А. ВПГ
- Б. ЦМВ
- В. вирус Эпштейн-Барр
- Г. ВПЧ
- Д. аденовирусы

22. Клинические симптомы микроспории волосистой части головы:

- А. диффузное выпадение волос
- Б. эритема с наслоением жирных желтоватых чешуек
- В. очаги рубцовой атрофии, скутулы
- Г. фолликулярный гиперкератоз, очаги рубцовой атрофии
- Д. эритематозно-сквамозные очаги с обломанными волосами

23. Остиофолликулит – это воспаление

- А. волосяного фолликула
- Б. устья волосяного фолликула
- В. устьев мерокринных потовых желез
- Г. сальной железы
- Д. подкожно-жировой клетчатки

24. Системный антимикотик первой линии при лечении микроспории волосистой части головы:

- А. сертаконазол
- Б. тербинафин
- В. итраконазол
- Г. флюконазол
- Д. гризеофульвин

25. Цвет очагов микроспории в лучах лампы Вуда:

- А. золотисто-желтый
- Б. кораллово-красный
- В. голубовато-зеленый
- Г. голубовато-белый

26. Диагноз трихофития гладкой кожи устанавливается на основании:

- А. клиники, микроскопическом и культуральном исследованиях
- Б. люминисцентного и иммунологической диагностики
- В. данных биопсии кожи
- Г. дерматоскопии очага на коже

27. Характеристика твердого шанкра:

- А. без уплотнения в основании
- Б. наличие гнойного отделяемого
- В. мясо – красного цвета
- Г. болезненность
- Д. наличие геморрагического отделяемого

28. Клинические проявления при вторичном рецидивном сифилисе:

- А. остатки твердого шанкра
- Б. группированные бугорки
- В. единичные гуммы
- Г. широкие кондиломы
- Д. эритродермия

29. Для высыпаний третичного периода сифилиса характерно:

- А. высокая контагиозность
- Б. обилие высыпаний
- В. деструктивный характер разрешения сифилидов
- Г. сопровождаются выраженной болезненностью
- Д. разрешаются бесследно

30. Атипичный шанкр:

- А. индуративный отек
- Б. гангренозный шанкр
- В. гигантский шанкр
- Г. парафимоз
- Д. герпетиформный шанкр

31. Сифилиды третичного периода:

- А. бугорки, гуммы
- Б. эктимы, гуммы
- В. бугорки, папулы
- Г. бугорки, эктимы
- Д. гуммы, папулы

32. Какие клинические проявления наиболее часто встречаются при сифилисе раннего детского возраста?

- А. мокнущие папулы в складках
- Б. широкие кондиломы
- В. заеды
- Г. папулы на слизистых оболочках
- Д. осиплость голоса

33. Препарат резерва для лечения сифилиса:

- А. новокаиновая соль пенициллина
- Б. ципрофлоксацин
- В. доксициклин
- Г. натамицин
- Д. метронидазол

34. Шанкр-амигдалит – это:

- А. эрозия миндалины
- Б. язва миндалины
- В. увеличенная в размерах гиперемированная миндалина
- Г. увеличенная в размерах обычной окраски миндалина

35. Основными препаратами для лечения больных сифилисом являются:

- А. препараты пенициллина
- Б. препараты тетрациклина
- В. препараты эритромицина
- Г. макролиды

36. Бледная трепонема - это

- А. микроорганизм спиралевидной формы
- Б. микроорганизм шарообразной формы
- В. микроорганизм палочковидной формы
- Г. микроорганизм нитеобразной формы
- Д. микроорганизм неправильной формы

37. Первичный период сифилиса продолжается

- А. 2-3 недели
- Б. 4-5 недель
- В. 6-7 недель
- Г. 8-10 недель
- Д. 11-12 недель

38. К какому типу микроорганизмов относятся хламидии:

- А. простейшие
- Б. грибы
- В. бактерии
- Г. вирусы

Д. риккетсии

39. *Trichomonas vaginalis* является представителем:

А. риккетсий

Б. сапрофитов

В. вирусов

Г. бактерий

Д. простейших

40. Наиболее доступным для поражения гонококками являются слизистые оболочки, выстланные:

а) многослойным плоским неороговевающим эпителием

б) переходным эпителием

в) цилиндрическим эпителием

г) многослойным плоским ороговевающим эпителием

д) кубическим эпителием

Эталоны ответов

1. В 2. Д 3. Д 4. В 5. Б 6. А 7. А 8. Б 9. Б 10. В

11. Д 12. Г 13. Г 14. Г 15. А 16. Г 17. Б 18. Д 19. А 20. В

21. Г 22. Д 23. Б 24. Д 25. А 26. А 27. В 28. Г 29. В 30. А

31. А 32. Д 33. В 34. Г 35. А 36. А 37. А 38. В 39. Д 40. В

Клинические задачи для самоконтроля

Клиническая задача №1



Рис.1



Рис. 2

Пациент С., 57 лет.

Жалобы на распространенные высыпания на коже живота, груди, области подмышечных впадин, сопровождающиеся периодическим зудом

Anamnesis morbi. Болен в течение 3 месяцев. Высыпания на коже в области правой подмышечной впадины появились после активной физической нагрузки, постепенно распространились на кожу туловища. За медицинской помощью не обращался. Самолечение отрицает.

Status localis. На коже туловища множественные пятна неправильной формы, местами сливаются, образуя очаги с фестончатыми краями, светло-коричневого цвета с чешуйками на поверхности (**Рис. 1**).

Результаты исследований: Проба Бальцера положительная (**Рис. 2**).

Вопросы для самоконтроля

1. Сформулируйте предварительный диагноз, дайте определение заболевания
2. Перечислите методы диагностики заболевания
3. Предложите план наружной терапии.

Ответ к клинической задаче № 1

1. Распространенный отрубевидный лишай. Отрубевидный, разноцветный лишай (*Pityriasis versicolor, tinea versicolor*) – поверхностное грибковое заболевание кожи, относящееся к группе кератомикозов.

2. Методы диагностики:

микроскопическое исследование чешуек, обработанных 10-20% раствором едкого калия (КОН) с 20-минутной экспозицией: элементы гриба;

проба Бальцера (йодная проба): при смазывании участков 5% настойкой йода пятна разноцветного лишая окрашиваются йодом более интенсивно за счет пропитывания отрубевидных чешуек;

осмотр в лучах люминесцентной лампы Вуда -характерное желтое или золотисто-бурое свечение;

гистологическое исследование пораженных участков кожи с помощью ШИК--реакции: мицелий и округлые споры гриба в роговом слое эпидермиса.

3. Наружная терапия: клотримазол, крем или раствор 1-2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (тербинафин, крем и раствор 1- 2 раза в сутки). Во время лечения необходимо проводить дезинфекцию одежды больного, головных уборов, нательного и постельного белья кипячением в 1% мыльно-содовом растворе и 5-кратным проглаживанием горячим утюгом во влажном виде с двух сторон.

Клиническая задача № 2



Рис. 1 (а)

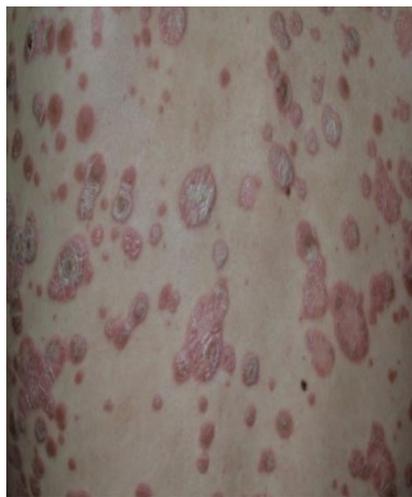


Рис. 1 (б)



Рис. 1 (в)

Пациент Т., 28 лет

Жалобы на распространенные высыпания, сопровождающиеся периодическим в течение суток зудом, поверхностным шелушением

Anamnesis morbi. Болен в течение 1 месяца. Высыпания появились на коже туловища, с постепенным распространением, сопровождались поверхностным шелушением, периодическим зудом. Связывает с употреблением суррогатов алкоголя. Семейный анамнез отягощен кожными заболеваниями.

Status localis. Кожный процесс распространенный, симметричный, монотипный, представлен папулами, местами сливающимися в бляшки, с серебристо-белыми чешуйками на поверхности. Триада признаков (симптомы стеаринового пятна, терминальной пленки, кровяной росы), симптом Кебнера положительные (Рис. 1 а, б, в).

Вопросы для самоконтроля

1. Сформулируйте предварительный диагноз, укажите провоцирующие факторы
2. Проведите дифференциальную диагностику
3. Наметьте план обследования.

Ответ на клиническую задачу № 2

1. Распространенный папулезный и бляшечный псориаз с площадью поражения 65 %, стадия прогрессирования.

2. Дифференциальную диагностику псориаза следует проводить с папулезными высыпаниями при сифилисе, красным плоским лишаем, себорейной экземой, атопическим дерматитом, розовым лишаем, парапсориазом, педикулезом, красным волосяным отрубевидным.

3. План обследования:

клинический анализ крови;

биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин, холестерин, сахар крови, щелочная фосфатаза (перед назначением дезинтоксикационной терапии, витаминотерапии, физиопроцедур);

серологические исследования для исключения сифилиса, кровь на HIV, HbSAg, Анти-НСV;

Обследование у смежных специалистов: по показаниям.

Клиническая задача № 3



Рис. 1а



Рис. 2

Больная Н., 53 года.

Жалобы на образование на коже спины, сопровождающиеся дискомфортными ощущениями

Anamnesismorbi. полгода назад пациентка отметила субъективные ощущения по типу парестезии пигментного невуса в области спины.

Status localis. на коже спины множество узелков светло-коричневого и коричневого цвета, округлой или овальной формы, с четкими границами, диаметром от 0,3 см до 2,0 см, клинически соответствующие себорейным кератомам. В области левого плечевого сустава визуализируется новообразование, отличающееся от остальных—«симптом гадкого утенка» выявление атипичных, отличающихся по внешнему виду от остальных, пигментных образований у пациента. Данный элемент представлен пигментной папулой неправильной формы, асимметричной, с неровными краями, полихромной окраски, с эксцентричным фокусом гиперпигментации, диаметром 14 мм (по системе ABCD 5 баллов) (рис 1 а, б)

При дерматоскопическом исследовании выявлены три признака, включающие асимметрию по строению и по структуре, атипичную пигментную сеть, бело-голубые структуры в верхней части новообразования (рис 2.)

Вопросы для контроля

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите основные факторы риска развития данного образования.
3. Предложите тактику ведения больной.

Ответ на клиническую задачу № 3

1. Поверхностно-распространяющаяся меланома

2. К основным факторам риска развития меланомы относятся: ранее существующие диспластические невусы, врожденные гигантские невоклеточные невусы, меланома у родственников 1 линии (родители, братья, сестры), I или II фототип кожи. Избыточная инсоляция, солнечные ожоги в анамнезе.

3. Консультация онколога, проведение полной эксцизионной биопсии с последующим морфологическим исследованием.

Тренировочные тесты

1. К КАКОМУ ДЕРМАТОЗУ ОТНОСИТСЯ ПСОРИАЗ:

- a. аутоиммунный дерматоз
- b. фотодерматоз
- c. акнеформный дерматоз
- d. аллергодерматоз
- *e. дерматоз с полигенным наследованием

2. ХАРАКТЕРИСТИКА ПАПУЛЫ ПРИ ПСОРИАЗЕ:

- a. полигональная с обильными чешуйками
- b. плоская, фиолетового цвета
- *c. округлая, обладает периферическим ростом
- d. полушаровидная, розового цвета
- e. плоская с пупкообразным вдавлением в центре

3. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ПСОРИАЗЕ:

- a. разгибательная поверхность конечностей
- b. сгибательная поверхность конечностей
- c. волосистая часть головы
- d. слизистые оболочки
- *e. верно а, в

4. ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ:

- a. узел
- *b. папула
- c. фликтена
- d. розеола
- e. бугорок

5. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ:

- a. симптом «стеаринового пятна»
- b. симптом Никольского
- *c. симптом «сеточка Уикхема»
- d. симптом «кровавой росы»
- e. симптом «медальона»

6. СИМПТОМ «КРОВЯНОЙ РОСЫ» ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

- a. гранулёза
- b. акантолиза
- c. паракератоза
- *d. папилломатоза
- e. спонгиоза

7. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ:

- *а. поражение кожи и слизистых оболочек полости рта
- б. полиморфизм высыпаний
- с. типичная локализация - локти и колени
- д. серовато – белый цвет очагов
- е. обильное шелушение на поверхности очагов

8. ОСНОВА ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ПУВА – ТЕРАПИИ:

- а. активация Т-клеточного иммунитета
- *б. подавление клеточной пролиферации
- с. мембраностабилизирующее действие
- д. активация функции коры надпочечников
- е. активация меланоцитов

9. МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА:

- а. УФО и сульфаниламиды
- б. ретиноиды и антибиотики
- с. циклоспорин и делагил
- *д. метотрексат и ретиноиды
- е. антибиотики и делагил

10. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- *а. нерациональная наружная терапия в прогрессирующей стадии
- б. контакт с моющими средствами
- *с. избыточная инсоляция
- д. употребление большого количества жирной пищи
- е. ношение синтетической одежды

11. УКАЖИТЕ СОВРЕМЕННЫЕ НАРУЖНЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА:

- *а. дипросалик
- б. ламизил
- *с. дайвонекс
- д. бактробан
- е. микоспор

12. УКАЖИТЕ ТИПИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ ПАПУЛ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ:

- а. полициклические очертания
- *б. восковидный блеск
- *с. пупкообразное вдавление в центре
- д. коническая форма
- *е. синюшно-розовый цвет

13. ОБЩИМ ДЛЯ ТИПИЧНЫХ СЛУЧАЕВ ПСОРИАЗА И КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- a. нестерпимый зуд
- *b. изоморфная реакция (феномен Кебнера)
- c. артралгии
- *d. первичный элемент – папула
- *e. провоцирующее действие стрессов

14. НАЗОВИТЕ СОВРЕМЕННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ЭФФЕКТИВНЫМИ ПРИ ПСОРИАЗЕ:

- *a. сандиммун неорал
- *b. неотигазон
- *c. дипроспан
- d. делагил
- e. орунгал

15. СИМПТОМ ВИКЕМА ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ ОБУСЛОВЛЕН:

- a. вакуольной дистрофией
- b. спонгиозом
- c. акантолизом
- *d. очаговым гранулезом
- e. паракератозом

16. СЛЕДУЮЩИЕ ТЕОРИИ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ВЕРОЯТНЫ:

- *a. нейрогенная
- *b. обменная
- *c. инфекционно-аллергическая
- *d. наследственная
- *e. иммунная

17. НАЗОВИТЕ ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПРИ ПСОРИАЗЕ:

- a. папулы и пузырьки
- b. папулы и пятна
- c. папулы и волдыри
- *d. папулы и бляшки
- e. папулы и пустулы

18. СТАЦИОНАРНАЯ СТАДИЯ ПСОРИАЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- a. появлением новых папул
- *b. шелушением по всей поверхности папул
- c. периферическим ростом папул
- *d. отрицательным феноменом Кебнера
- e. наличием зоны роста

19. ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ КРОМЕ КОЖИ МОГУТ ПОРАЖАТЬСЯ:

- a. суставы
- *b. слизистые оболочки
- c. волосы
- *d. ногти
- e. внутренние органы

20. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ:

- *a. зуд
- *b. распространенные кожные высыпания
- *c. поражение слизистых оболочек
- d. боли в суставах
- e. жжение

21. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- *a. плаквенил
- *b. дипроспан
- *c. кларитин
- *d. сонапакс
- e. нистатин

22. ДЛЯ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- *a. отсутствие отежности высыпаний
- *b. ярко-красные папулы, покрытые серебристо-белыми чешуйками
- *c. отсутствие чешуе-корок
- *d. отсутствие артралгии
- e. универсальное поражение кожных покровов

23. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ:

- *a. туловище
- *b. голени
- c. лицо
- *d. половые органы
- *e. слизистые оболочки полости рта

24. НА ПРИЕМ К ДЕРМАТОЛОГУ ОБРАТИЛАСЬ БОЛЬНАЯ, 42 ЛЕТ, С ЖАЛОБАМИ НА ПОЯВЛЕНИЕ ПОСЛЕ НЕРВНОГО ПОТЯСЕНИЯ ОБИЛЬНОЙ СЫПИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ЗУДОМ. БОЛЬНА 10 ДНЕЙ. ПРИ ОСМОТРЕ: НА ТУЛОВИЩЕ, ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРЕДПЛЕЧИЙ И ГОЛЕНЕЙ ИМЕЮТСЯ МНОГОЧИСЛЕННЫЕ ПЛОСКИЕ ПАПУЛЕЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ РАЗМЕРОМ ОТ БУЛАВОЧНОЙ ГОЛОВКИ ДО ГОРОШИНЫ СИНЮШНО-КРАСНОГО ЦВЕТА, С ГЛАДКОЙ БЛЕСТЯЩЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ И ПУПКООБРАЗНЫМ ВДАВЛЕНИЕМ В ЦЕНТРЕ.

ОПИСАННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ:

- a. псориаз
- b. пруриго
- c. вторичный сифилис
- *d. красный плоский лишай
- e. чесотка

25. ВЫБЕРИТЕ СИМПТОМ, ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ДЛЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ:

- a. симптом Никольского
- b. симптом Бенъе-Мещерского
- *c. симптом Викема
- d. симптом Горчакова-Арди
- e. симптом Пильнова

26. ДЛЯ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- a. наличие муковидных чешуек
- b. наличие геморрагических корок
- c. наличие гнойных корок;
- *d. наличие серозных чешуе-корок
- *e. наличие отечных папул

27. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА ЭФФЕКТИВНЫМИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- *a. селективная фототерапия (СФТ)
- b. озонотерапия
- *c. фотохимиотерапия (ПУВА)
- d. оксигенотерапия
- e. криотерапия

28. ПОМИМО КОЖИ ПРИ ПСОРИАЗЕ МОГУТ ПОРАЖАТЬСЯ:

- a. волосы
- *b. суставы
- c. роговица глаза
- *d. ногти
- e. сердце

29. ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- *a. универсальным поражением кожи
- *b. увеличением лимфатических узлов
- *c. подъемом температуры тела
- d. поражением слизистых оболочек
- e. поражением печени

30. КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- *а. с псориазом
- *b. сифилисом
- *с. плоскими бородавками
- *d. токсикодермией
- *е. пруриго

31. ВЫБЕРИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РОЗОВОГО ЛИШАЯ:

- а. полициклические очертания высыпаний
- *b. желтовато-розовый цвет высыпаний
- с. восковидный цвет высыпаний
- *d. наличие «материнской бляшки»
- *е. расположение пятен по линиям натяжения Лангера

32. ВЫБЕРИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПСОРИАЗА:

- *а. феномен Кебнера
- b. сетка Уикхема
- *с. симптом стеаринового пятна
- d. симптом Никольского
- е. симптом Бенъе-Мещерского

33. В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ:

- *а. гиперпролиферация и нарушение дифференцировки кератиноцитов
- b. гиперчувствительность замедленного типа
- *с. девиация цитокинового профиля
- *d. мультифакториальный тип наследования с неполной пенетрантностью гена
- е. нарушение белкового обмена

34. ПЕРВИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПРИ ПСОРИАЗЕ:

- а. пятно
- *b. узелок
- с. бугорок
- d. волдырь
- е. узел

35. ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОГО ЭЛЕМЕНТА ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ:

- *а. блестящий, фиолетового цвета
- b. полигональный, покрытый серебристыми чешуйками
- с. округлый, обладает периферическим ростом
- d. полушаровидный, ярко-розового цвета
- е. разрешается с образованием рубца

36. ФОРМА ПСОРИАЗА – ВЕСЬ КОЖНЫЙ ПОКРОВ ЯРКО-КРАСНОГО ЦВЕТА, ИНФИЛЬТРИРОВАН, ОБИЛЬНОЕ ШЕЛУШЕНИЕ, ПОЛИАДЕНОПАТИЯ, ЧУВСТВО ЖЖЕНИЯ, СТЯГИВАНИЯ КОЖИ:

- a. вульгарный псориаз
- b. инверсный псориаз
- c. артропатический псориаз
- d. экссудативный псориаз
- *e. эритродермия

37. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ПСОРИАЗА:

- *a. акантоз
- b. гранулез
- c. спонгиоз
- d. вакуольная дегенерация
- e. дискератоз

38. ОБЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПСОРИАЗА И КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

- a. артриты
- b. изоморфная реакция (симптом Кебнера).
- *c. сильный зуд
- d. обильное шелушение
- e. белый дермографизм

39. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПСОРИАЗА:

- a. ладонно-подошвенная и буллезная
- b. интертригинозная и аннулярная
- c. ладонно-подошвенная и пигментная
- *d. экссудативная и пустулезная
- e. пустулезная и атрофическая

40. ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА:

- *a. топические глюкокортикостероиды и мазь салициловая
- b. делагил и антибиотики
- c. метотрексат и противогрибковые препараты
- d. ретиноиды и примочка с ихтиолом
- e. борная присыпка и деготь наружно

41. КАКОЙ ВИТАМИН УЧАСТВУЕТ В РЕГУЛЯЦИИ ПРОЦЕССА ОРОГОВЕНИЯ?:

- a. витамин E
- b. витамин C
- *c. витамин A
- d. витамин B1
- e. витамин B12

42. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОЧАГОВ ПРИ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ:

- a. волосистая часть головы
- *b. лицо
- c. слизистая оболочка ротовой полости
- d. кисти и стопы
- e. область суставов

43. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- a. эритема с легко отделяющимися чешуйками
- b. гиперпигментация и мозаичный рубец
- *c. эритема с болезненным снятием чешуек
- d. бугорки желтовато-коричневого цвета, атрофические рубцы
- e. эритема и склероз кожи

44. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СТАДИИ СКЛЕРОЗА ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- *a. белый с желтоватым оттенком очаг с восковидным блеском
- b. плотная бляшка с подчеркнутым кожным рисунком
- c. бляшка ярко-розового цвета
- d. очаг эритемы с плотными чешуйками
- e. депигментированные пятна с отрубевидным шелушением

45. ПРЕПАРАТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ:

- a. аспирин, сульфаниламиды
- b. ретиноиды, лидаза
- c. супрастин, актовегин
- *d. пенициллин, лидаза
- e. пенициллин, эритромицин

46. Фолликулярный гиперкератоз – патоморфологический признак:

- a. склеродермии
- b. меланомы
- c. псориаза
- d. красного плоского лишая
- *e. красной волчанки

47. КАКАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЧАЩЕ ТРАНСФОРМИРУЕТСЯ В СКВ?

- *a. центробежная эритема
- b. опухолевидная волчанка
- c. глубокая волчанка
- d. туберкулоидная волчанка
- e. себорейная волчанка

48. ПРИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНО ОБНАРУЖЕНИЕ В КРОВИ:

- a. эозинофилии
- b. лейкоцитоза
- c. анизоцитоза
- *d. LE– клеток
- e. тромбоцитоза

У 49. КАКОЙ ПРИЗНАК ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ПРОЦЕССА ОТСУТСТВУЕТ
БАЗАЛИОМЫ?

- *a. метастазирование
- b. инвазивный рост
- c. прогрессирующее
- d. пигментация

50. ИЗ КАКИХ КЛЕТОК КОЖИ ПРОИСХОДИТ БАЗАЛИОМА?

- a. клеток Лангерганса
- *b. базальных клеток эпителия
- c. шиповатых клеток эпителия
- d. меланоцитов
- e. фибробластов

51. СИМПТОМЫ МАЛИГНИЗАЦИИ ПИГМЕНТНЫХ НЕВУСОВ:

- a. отсутствие волос на поверхности невуса и венчик из «жемчужных» папул
- b. наличие волос на поверхности невуса и изменение размеров невуса
- *c. исчезновение кожного рисунка на поверхности невуса и асимметрия невуса
- d. куполообразная форма с роговой пробкой в центре и венчик из «жемчужных» папул
- e. неравномерная окраска и образование полости

52. ПЕРВИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПРИ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ:

- a. пурпура
- b. гиперпигментация
- *c. эритема
- d. бугорок
- e. экхимоз

53. КОЖНАЯ ФОРМА КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- a. эритродермия
- b. линейная
- c. пустулёзная
- *d. диссеминированная
- e. полосовидная

54. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ПРИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ:

- *а. симптом дамского каблучка
- б. симптом терминальной пленки
- с. симптом Кёбнера
- д. симптом стеаринового пятна
- е. симптом Никольского

55. ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- а. склероз кожи и отек
- б. эритема и десквамация
- с. атрофия и болезненность
- д. десквамация и зуд
- *е. эритема и отёк

56. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ:

- а. антибиотики
- *б. антималярийные
- с. сульфаниламидные
- д. антигистаминные
- е. ферменты

57. СИМПТОМ ПРИ ДИСКОИДНОЙ ФОРМЕ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- *а. эритема в виде бабочки
- б. симптом наперстка
- с. лихенификация век
- д. симптом терминальной пленки
- е. глубокие узлы в подкожной жировой клетчатке

58. ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, СПОСОБНОЕ ПРОВОЦИРОВАТЬ СКЛЕРОДЕРМИЮ:

- а. туберкулез
- б. листериоз
- с. бруцеллез
- *д. боррелиоз
- е. гепатит С

59. ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ В СТАДИИ ЭРИТЕМЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- а. кетоконазол
- *б. бетаметазон
- с. мазь салициловая 2%
- д. мазь цинковая
- е. мазь оксолиновая

60. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА СКЛЕРОДЕРМИИ ЛЕЖИТ НАРУШЕНИЕ СИНТЕЗА:

- a. гликогена фибробластами
- b. коллагена кератиноцитами
- c. филлагрина фибробластами
- *d. коллагена фибробластами
- e. эластина кератиноцитами

61. ПРИЗНАК «ЖЕМЧУЖНЫХ» ПАПУЛ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- *a. базалиомы
- b. меланомы
- c. плоскоклеточного рака кожи
- d. липомы
- e. себорейного кератоза

62. УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- *a. очаги хронической инфекции
- *b. лекарственная непереносимость
- c. гиперфункция сальных желез
- *d. аутоиммунные нарушения
- *e. инсоляция

63. НАЗОВИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ИНТЕГУМЕНТНОЙ (КОЖНОЙ) ФОРМЫ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- *a. акросклероз
- *b. бляшечная
- *c. полосовидная
- d. дискоидная
- e. хроническая диссеминированная

64. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ:

- *a. эритема
- *b. фолликулярный гиперкератоз
- c. отрубевидное шелушение
- *d. рубцовая атрофия
- e. лихенификация

65. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ПОЛОСОВИДНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- a. нос, щеки
- *b. лоб
- c. декольте
- *d. конечности
- e. ушные раковины

66. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СТАДИИ ЭРИТЕМАТОЗА (КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА):

- *а. атрофическая
- *b. гиперкератозно-инfiltrативная
- с. стадия отека
- *d. эритематозная
- е. некротически-язвенная

67. НАЗОВИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СТАДИИ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- *а. сиреневое пятно
- b. лихенификации
- *с. пигментация
- *d. атрофия
- *е. бляшка

68. УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ КОЖНОЙ ФОРМЫ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- а. бляшечная
- *b. дискоидная
- с. полосовидная
- *d. хроническая диссеминированная
- е. диффузная

69. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ НАЧАЛЬНУЮ СТАДИЮ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- а. гипопигментированные пятна с незначительным отрубевидным шелушением
- b. бляшки красного цвета с воспалительным валиком по периферии
- с. папулы ярко-розового цвета с чешуйками
- *d. сиренево-розовые пятна округлых или овальных очертаний
- е. веррукозные папулы

70. УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОЙ (ПЯТНИСТОЙ) СТАДИИ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- *а. аевит
- *b. кортикостероиды
- *с. ангиопротекторы
- d. лидаза
- е. димексид

71. УКАЖИТЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ОБЫЧНО ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ОБЩЕЙ ТЕРАПИИ КОЖНОЙ ФОРМЫ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- а. ангиопротекторы
- *b. кортикостероиды
- с. ретиноиды
- *d. хинолиновые препараты
- е. антибиотики

72. НАЗОВИТЕ ТЕОРИИ ПАТОГЕНЕЗА СКЛЕРОДЕРМИИ:

- *а. нейроэндокринная
- *b. аутоиммунная
- *с. инфекционная
- *d. сосудистая
- *е. травматическая

74. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ДИССЕМНИРОВАННОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- *а. лицо
- b. слизистые оболочки
- *с. ладони
- *d. область декольте
- е. гениталии

75. УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В ИНДУРАТИВНОЙ СТАДИИ:

- *а. лидаза
- b. сульфаниламиды
- *с. никотиновая кислота
- *d. Д-пеницилламин
- *е. кортикостероиды

76. УКАЖИТЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- *а. фонофорез с лидазой
- *b. гипербарическая оксигенация
- *с. парафиновые аппликации
- *d. лазерные облучения
- е. УФ-облучение

77. НАЗОВИТЕ МЕРЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЖНОМ ЭРИТЕМАТОЗЕ (КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ):

- a. курортотерапия на Черноморском побережье
- *b. профилактический прием препаратов хинолинового ряда в весенне-летний период
- с. гипоаллергенная диета
- *d. применение фотозащитных кремов на открытые участки тела
- *е. санация очагов хронической инфекции

78. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ НАЧАЛО БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- a. субфебрильная температура
- b. артралгии
- с. зуд
- *d. сиреневые пятна на коже
- *е. отсутствие субъективных ощущений

79. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:

- *а. солнечный дерматит
- *b. розацеа
- *с. себорейная экзема
- d. псориаз
- *е. грибковое поражение

80. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- *а. нос
- *b. щеки
- *с. красная кайма губ
- *d. волосистая часть головы
- *е. ушные раковины

81. НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОЧАГА БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- *а. желтовато-белый цвет, блестящая поверхность
- *b. отсутствие волос и сглаживание кожного рисунка
- *с. деревянистая плотность
- *d. уменьшение пото- и салоотделения в очаге
- *е. чувство стягивания кожи

82. ДЛЯ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- a. эритема
- *b. везикуляция
- с. фолликулярный гиперкератоз
- d. рубцовая атрофия
- *е. крупнопластинчатое шелушение

83. РАЗВИТИЮ ПОЛНОЙ КАРТИНЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПРЕДШЕСТВУЮТ:

- *а. повышение температуры тела
- *b. общая слабость и быстрая утомляемость при привычной физической нагрузке
- *с. периодические боли в крупных и мелких суставах и тянущие боли в мышцах по ночам
- *d. повышение чувствительности к холоду
- е. длительная инсоляция

84. ПРОЦЕССЫ, ЛЕЖАЩИЕ В ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- a. акантоз
- b. спонгиоз
- c. паракератоз
- *d. дерматосклероз
- e. вакуольная дистрофия

85. УКАЖИТЕ СВЕДЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ КОЖНОЙ ФОРМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- a. наличие у родственников онкологических заболеваний
- *b. повышенная чувствительность к УФ-лучам
- c. сопутствующие заболевания печени с нарушением порфиринового обмена и выраженной сенсибилизацией к УФ-лучам
- *d. преимущественное поражение женщин молодого и среднего возраста
- e. период менопаузы

86. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В КРОВИ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

- *a. ускоренная СОЭ
- *b. гипергаммаглобулинемия
- *c. анемия
- *d. тромбоцитопения
- e. лейкоцитоз

87. ФАКТОРЫ, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- *a. эндокринные нарушения
- *b. нервно-сосудистые нарушения
- *c. механические травмы
- d. возраст после менопаузы
- *e. Лайм-боррелиоз

88. УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ОБЫЧНО ПРИМЕНЯЕМЫЕ В МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ КОЖНОЙ ФОРМЫ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- a. эпителизирующие мази
- b. кортикостероидные мази с антибиотиками
- c. кератолитические мази
- d. антибактериальные мази
- *e. фторсодержащие кортикостероидные мази

89. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- a. лицо, шея
- b. волосистая часть головы
- c. предплечья, голени
- d. гениталии
- *e. туловище

90. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- *а. фокальная инфекция
- *b. инсоляция
- *с. обморожение
- *d. лекарственная непереносимость
- е. повышенное артериальное давление

91. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- *а. гиперкератоз
- *b. периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты
- *с. фибриноидные изменения соединительной ткани
- *d. вакуольная дистрофия базальных клеток
- е. спонгиоз

92. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕНИЦИЛЛИНОМ БОЛЬНЫХ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ВОЗМОЖНЫ ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ:

- *а. токсикодермия
- *b. изменения периферической крови (анемия, лейкопения, тромбоцитопения)
- *с. гематурия, протеинурия
- d. усиление индурации кожи и образование келоидных рубцов
- *е. дисбактериоз

93. УКАЖИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОГРАНИЧЕННОЙ (БЛЯШЕЧНОЙ) СКЛЕРОДЕРМИИ:

- а. эритема, лихенизация, пигментация
- b. пятно – «медальоны», чешуйки, пигментация
- с. эритема, гиперкератоз, рубцовая атрофия
- *d. сиреневое отечное пятно, плотная бляшка, атрофия
- е. эритема, папулы, телеангиэктазии

94. В КАКОЙ СТРОКЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ ЭПИДЕРМАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ?

- А. Фиброма, кератоакантома, лейомиома
- Б. Мастоцитома, себорейная кератома, ксантогранулема
- *В. Папиллома, сенильная кератома, кератоакантома
- Г. Ангиома, пигментный невус, фиброма
- Д. Липома, папиллома, мастоцитома

95. В КАКОМ ВАРИАНТЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ ТОЛЬКО ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ?

- А. Себорейная кератома, пигментный невус, сенильная кератома
- Б. Лейомиома, липома, папиллома
- В. Фиброма, ангиома, базалиома
- Г. Пигментный невус, цилиндрома, ксантогранулема
- *Д. Ангиома, лейомиома, фиброма

96. КАКИЕ ПРИЗНАКИ УКАЗЫВАЮТ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ОПУХОЛЬ?

- А. Быстрый рост, экспансивный рост, способность к метастазированию
- Б. Наличие капсулы, инфильтрирующий рост
- В. Клеточный атипизм, экспансивный рост, быстрый рост
- Г. Наличие капсулы, экспансивный рост, болезненность, зуд
- *Д. Способность к метастазированию, инфильтрирующий рост

97. В КАКОМ ВАРИАНТЕ ПЕРЕЧИСЛЕНЫ ТОЛЬКО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ?

- А. Кератоакантома, плоскоклеточный рак, базалиома
- Б. Базалиома, ангиосаркома, ксантогранулема
- В. Пиогенная гранулема, плоскоклеточный рак, дерматофибросаркома
- *Г. Меланома, базалиома, лимфома
- Д. Ангиосаркома, меланома, кератоакантома

98. ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ:

- *а. ирритантный контактный дерматит
- б. возникает только у сенсibilизированных лиц
- с. характеризуется поливалентной сенсibilизацией
- д. глубина поражения не зависит от концентрации раздражителя
- е. площадь поражения превышает площадь контакта с раздражителем

99. К ЭПИДЕРМОЛИТИЧЕСКИМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ РЕАКЦИЯМ ОТНОСИТСЯ:

- а. отек Квинке
- б. узловатая эритема
- с. сульфаниламидная эритема
- *д. синдром Стивенса-Джонсона
- е. фиксированная эритема

100. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- а. остром ирритантном дерматите
- *б. синдроме Лайелла
- с. крапивнице
- д. многоформной экссудативной эритеме
- е. аллергическом контактном дерматите

101. КОСМЕТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА МОГУТ СТАТЬ ПРИЧИНОЙ:

- а. токсикодермии
- б. себорейной экземы
- *с. аллергического контактного дерматита
- д. пустулезного псориаза
- е. атопического дерматита

102. ПРИЗНАК МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ:

- a. симметричность
- b. географические очертания
- *c. импетигиозные корки
- d. нечеткие границы
- e. геморрагические корки

103. ЛОКАЛИЗАЦИИ ДИСТИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ:

- a. волосистая часть головы
- b. кожа груди и спины
- c. область коленей и локтей
- *d. кожа ладоней и подошв
- e. кожа крупных складок

104. В ОСНОВЕ ФОРМИРОВАНИЯ ВЕЗИКУЛЫ ЛЕЖИТ:

- a. гранулез
- b. паракератоз
- *c. спонгиоз
- d. акантоз
- e. акантолиз

105. ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПРИ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЕ:

- a. папулы, чешуйки, корки
- b. пустулы, корки, гиперпигментация
- c. пурпура, эрозии, корки
- *d. эритема, папулы, везикулы
- e. эритема, бугорки, пузыри

106. В СТАДИИ МОКНУТЬЯ ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ЭКЗЕМЫ ПРИМЕНЯЮТ:

- a. взбалтываемые взвеси
- b. мази
- c. пасты
- *d. примочки
- e. присыпки

107. УКАЖИТЕ H-1 ГИСТАМИНОБЛОКАТОР ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ:

- a. цетиризин
- *b. фенкарол
- c. кларитин
- d. эриус
- e. зиртек

108. У БОЛЬНОЙ 35 ЛЕТ ПОСЛЕ НЕРВНОГО СТРЕССА НА ТЫЛЕ КИСТЕЙ ПОЯВИЛИСЬ УЧАСТКИ ПОКРАСНЕНИЯ И ОТЕКА, ЗАТЕМ МЕЛКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ УЗЕЛКИ, ПУЗЫРЬКИ, ЭРОЗИИ С ОБИЛЬНЫМ ВЫДЕЛЕНИЕМ СЕРОЗНОЙ ЖИДКОСТИ. ПРОЦЕСС СОПРОВОЖДАЕТСЯ СИЛЬНЫМ ЗУДОМ. ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

- a. микробная экзема
- *b. истинная экзема
- c. простой контактный дерматит
- d. токсидермия
- e. аллергический контактный дерматит

109. НАЗОВИТЕ ПРИЗНАК ПРОСТОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА:

- a. возникает у сенсibilизированных лиц
- b. наличие скрытого периода
- *c. соответствие степени выраженности дерматита силе раздражителя
- d. поражение кожи выходит за пределы площади действия раздражителя

110. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТОКСИКОДЕРМИИ:

- *a. пятно, пузырь, папула
- b. волдырь, пузырь, эктима
- c. пузырь, бугорок
- d. папула, рупия
- e. пятно, бугорок

111. КАКОЙ ЭЛЕМЕНТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПОЛИМОРФНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ?

- a. петехия
- b. везикула
- c. фликтена
- d. розеола
- *e. эритема-радужка

112. ТРОФИЧЕСКАЯ ЭКЗЕМА, РАЗНОВИДНОСТЬ:

- a. истинной экземы
- *b. микробной экземы
- c. дисгидротической экземы
- d. профессиональной экземы
- e. себорейной экземы

113. РАЗНОВИДНОСТЬ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ:

- a. импетигиозная
- b. паратравматическая
- c. профессиональная
- *d. дисгидротическая
- e. сикозиформная

114. ОТМЕТЬТЕ ПРИЗНАК СЕБОРЕЙНОЙ ЭКЗЕМЫ:

- a. выраженное мокнутье
- b. длительное упорное течение с рецидивами
- c. локализация на кистях и стопах
- *d. локализация на лице, спине, груди
- e. поливалентная сенсibilизация

115. ПРИМОЧКА – ЭТО ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА ДЛЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ РАСТВОРОВ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ:

- *a. острое воспаление с мокнутьем
- b. подострое воспаление
- c. хроническое воспаление
- d. гиперкератоз
- e. эпидермолиз

116. СИСТЕМНАЯ КОРТИКОСТЕРОИДНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЭКЗЕМЕ ПОКАЗАНА:

- a. при ограниченном процессе
- b. при мокнутье
- c. при локализации на лице
- *d. при упорном течении
- e. при присоединении вторичной инфекции

117. ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ ЛАЙЕЛЛА:

- a. лечение дерматологом по месту жительства
- *b. лечение в реанимационном отделении
- c. лечение в терапевтическом стационаре
- d. лечение в дерматологическом стационаре
- e. лечение в инфекционном стационаре

118. НА ПРИЕМЕ У ДЕРМАТОЛОГА ПАЦИЕНТКА, 35 ЛЕТ, У КОТОРОЙ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРЕМА ДЛЯ РУК НА ТЫЛЕ КИСТЕЙ ПОЯВИЛИСЬ УЧАСТКИ ПОКРАСНЕНИЯ И ОТЕЧНОСТИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЕМ НА ЭТОМ ФОНЕ ЗУДЯЩИХ МЕЛКИХ ПУЗЫРЬКОВ, ЭРОЗИЙ С ОБИЛЬНЫМ ВЫДЕЛЕНИЕМ СЕРОЗНОЙ ЖИДКОСТИ. ДАННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХАРАКТЕРНА:

- *a. для аллергического дерматита
- b. микробной экземы
- c. простого дерматита
- d. токсидермии
- e. атопического дерматита

119. ПО ПОВОДУ АНГИНЫ БОЛЬНОМУ БЫЛ НАЗНАЧЕН ДОКСИЦИКЛИН, КОТОРЫЙ ОН НЕОДНОКРАТНО ПРИНИМАЛ РАНЕЕ. НА ВТОРОЙ ЛЕНЬ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЕНИЯ АНГИНЫ СТАЛИ РАЗРЕШАТЬСЯ, ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ НОРМАЛИЗОВАЛОСЬ, ТЕМПЕРАТУРА СНИЗИЛАСЬ, ОДНАКО НА КОЖЕ ПОЯВИЛАСЬ ОБИЛЬНАЯ СЫПЬ В ВИДЕ РОЗОВЫХ ПЯТЕН, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ЖЖЕНИЕМ. ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ МОЖНО РАССМАТРИВАТЬ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ:

- a. аллергического контактного дерматита
- b. простого контактного дерматита
- *c. медикаментозной токсидермии
- d. истинной острой экземы
- e. острой крапивницы

120. ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ ДЛЯ ЭКЗЕМЫ ВЫСЫПНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- a. корки
- b. пустулы
- *c. микровезикулы
- d. чешуйки
- e. волдыри

121. НАЗОВИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ:

- a. четкие границы очагов
- *b. длительное течение с частыми рецидивами
- *c. полиморфизм сыпи
- *d. обострение нередко без видимой причины
- *e. сильный зуд

122. УКАЖИТЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТОКСИДЕРМИИ ОТ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА АНТИБИОТИКОВ:

- *a. прекращение приёма медикаментов
- *b. обильное питьё
- *c. диуретики
- *d. противовоспалительная местная терапия
- e. назначение общих ванн

123. В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭКЗЕМЫ ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ:

- a. иммунный дисбаланс
- *b. психоэмоциональные факторы
- c. висцеропатии
- *d. генетическая предрасположенность
- *e. вегетативные нарушения

124. ПРИ РАЗВИТИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА КИСТЕЙ ОТ СТИРАЛЬНОГО ПОРОШКА НЕОБХОДИМО:

- *а. прекратить пользование стиральным порошком
- в. назначить ванночки для рук 1 раз в день
- *с. назначить внутрь «Зиртек»
- *d. назначить местно крем «Элоком»
- *е. применять при стирке местные защитные средства

125. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА МОГУТ БЫТЬ:

- *а. металлические украшения
- *b. синтетические ткани
- с. раствор концентрированной кислоты
- *d. декоративная косметика
- е. горчи́чники

126. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ПРОСТОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- *а. механическое трение
- *b. кипяток
- с. стиральный порошок
- *d. концентрированные щелочи
- *е. концентрированные кислоты

127. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА МОГУТ БЫТЬ:

- а. УФ-лучи
- *b. косметический крем
- *с. тени для век
- *d. пена для бритья
- *е. дезодорант

128. ОБЛИГАТНЫМИ ПРИЧИНАМИ ПРОСТЫХ ДЕРМАТИТОВ. ЯВЛЯЮТСЯ:

- *а. механические
- *b. физические
- *с. химические
- *d. биологические
- е. инфекционные

129. ДЛЯ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

- *а. нечеткие границы поражения
- в. асимметричность
- *с. зуд
- *d. мокнущие эрозии – «серозные колодцы»
- е. мономорфность сыпи

130. НАЗОВИТЕ ПРИЗНАКИ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ:

- *а. симметричность
- в. четкие границы
- с. локализация вокруг трофических и пиококковых язв
- *d. географические очертания
- е. импетигиозные корки

131. ДЛЯ СЕБОРЕЙНОЙ ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а. выраженная сухость кожи в очаге поражения, гиперкератоз
- *b. локализация в зонах с усиленным салоотделением
- *с. шелушение жирными чешуйками
- *d. розовато-желтый оттенок высыпаний
- *е. слабо инфильтрированные бляшки

132. НАЗОВИТЕ ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЭКЗЕМЫ:

- *а. спонгиоз
- в. субэпидермальные пузыри
- *с. лимфогистиоцитарная инфильтрация дермы
- d. гранулёз
- *е. отёк сосочкового слоя дермы

133. НАЗОВИТЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ:

- *а. локализация высыпаний на ладонях и подошвах
- в. асимметричность
- *с. везикулы с плотными покрывками
- d. локализация высыпаний в локтевых и подколенных ямках
- *е. локализации на кистях и стопах

134. ОБЩУЮ КОРТИКОСТЕРОИДНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ЭКЗЕМЕ НАЗНАЧАЮТ В СЛУЧАЯХ:

- *а. большой распространённости процесса
- *b. резистентности к обычной терапии
- *с. упорного течения
- d. присоединения вторичной инфекции

135. НАЗОВИТЕ СТАДИИ ОСТРОГО ПРОСТОГО ДЕРМАТИТА:

- *а. эритематозная
- *b. везикулобуллёзная
- *с. некротически-язвенная
- d. мокнутие
- е. корковая

136. НАЗОВИТЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, НАЗНАЧАЕМЫЕ ПРИ ОСТРОЙ ЭКЗЕМЕ:

- *а. антигистаминные
- б. нестероидные противовоспалительные средства
- с. витамин С
- *д. кортикостероиды
- *е. препараты кальция

137. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТОКСИДЕРМИИ:

- *а. сбор аллергологического анамнеза
- *б. одновременный или предварительный прием антигистаминных препаратов
- с. гипоаллергенная диета
- д. гипоаллергенный быт
- *е. исключение одновременного применения большого количества лекарств

138. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ОСТРОЙ ЭКЗЕМОЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

- *а. соблюдение гипоаллергенной диеты
- *б. устранение внешних раздражающих воздействий
- *с. ограничение мытья
- д. назначение физиопроцедур

139. НАЗОВИТЕ НАРУЖНЫЕ СРЕДСТВА, КОТОРЫЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ ПРИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЕ:

- а. антимикотические средства
- б. глюкокортикостероиды
- *с. комбинированные топические глюкокортикостероиды с антибиотиком
- *д. антисептические растворы
- е. кератолитические мази

140. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ БЕЛЫЙ ДЕРМОГРАФИЗМ:

- а. крапивница
- б. истинная экзема
- *с. атопический дерматит
- д. псориаз
- е. аллергический контактный дерматит

141. ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

- а. выявление акантолитических клеток
- б. выявление LE-клеток
- с. повышенная скорость оседания эритроцитов
- д. увеличение С-реактивного белка
- *е. повышенный уровень IgE

142. КАКОЙ ВТОРИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

- a. узелок
- b. пузырек
- *c. лихенификация
- d. вегетация
- e. уртикарий

143. СИМПТОМ ДЕНИ-МОРГАНА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- *a. атопического дерматита
- b. хронической экземы
- c. псориаза
- d. склеродермии
- e. крапивнице

144. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ УКАЗЫВАЮТ НА НАЛИЧИЕ ЗУДА:

- a. петехии
- b. папулы
- c. розеолы
- *d. эскориации
- e. чешуйки

145. ИЗЛЮБЛЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ СЕНИЛЬНОМ ЗУДЕ:

- a. ладони и подошвы
- b. лицо, шея
- *c. отсутствует
- d. периорбитальная область
- e. локтевые и коленные сгибы

146. ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ДЛЯ ОТЕКА КВИНКЕ:

- a. отек на уровне дермы
- b. яркая эритема
- *c. зуд не характерен
- d. слизистые не вовлекаются
- e. локализуется только на лице

147. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ КРАПИВНИЦЫ:

- a. папула
- b. эскориация
- c. пятно
- *d. волдырь
- e. лихенизация

148. УКАЖИТЕ H-1 ГИСТАМИНОБЛОКАТОР ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ:

- *а. диазолин
- б. эриус
- с. зиртек
- д. цетиризин
- е. кларитин

149. КОМБИНИРОВАННЫЙ ТОПИЧЕСКИЙ СТЕРОИД:

- а. элоком
- б. адвантан
- *с. белогент
- д. синафлан
- е. преднизолон

150. ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ КРИТЕРИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

- а. наследственная предрасположенность
- б. весенне-зимний характер обострений
- *с. типичные клинические проявления для каждого возрастного периода
- д. хроническое рецидивирующее течение
- е. отсутствие сухости кожи

151. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА:

- *а. кожа щек
- б. подколенные сгибы
- с. локтевые сгибы
- д. верхняя часть груди
- е. кожа спины

152. ЗУД КОЖИ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬ:

- а. поражение нервной системы
- б. токсикоз беременных
- с. лейкоз, лимфогранулематоз
- д. злокачественные опухоли внутренних органов
- *е. все перечисленное

153. КСЕРОЗ, ЗУД ПРИ ПОТЕНИИ – ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРИ:

- а. истинной экземе
- *б. атопическом дерматите
- с. хронической крапивнице
- д. себорейной экземе
- е. псориазе

154. ВЫРАЖЕННОЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ, ПРОТИВОЗУДНОЕ
ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ:

- *а. глюкокортикоидная мазь
- б. оксолиновая мазь
- с. индометациновая мазь
- д. дерматоловая мазь
- е. анестезиновая мазь

155. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРАПИВНИЦЫ:

- а. полиморфные высыпания
- б. мокнущие-«серозные колодцы»
- с. нарушение пото- и салоотделения
- *д. эфемерность высыпаний
- е. атрофия кожи

156. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ: ОТЕК КОЖИ, ПОДКОЖНОЙ
КЛЕТЧАТКИ В ОБЛАСТИ ЛИЦА, ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ГУБ,
ЯЗЫКА, СЛАБОСТЬ, БОЛЬ ЗА ГРУДИНОЙ, СООТВЕТСТВУЮТ ДИАГНОЗУ:

- а. крапивница
- б. многоформная экссудативная эритема
- с. аллергический дерматит
- д. хейлит
- *е. отек Квинке

157. РАННЕЕ НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПРИ:

- а. аллергическом дерматите
- б. истинной экземе
- *с. атопическом дерматите
- д. микробной экземе
- е. крапивнице

158. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОЧАГОВ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ
ДЕРМАТИТЕ У ВЗРОСЛЫХ:

- *а. лицо, воротниковая зона
- б. разгибательная поверхность конечностей
- с. ладони
- д. стопы
- е. волосистая часть головы

159. СРЕДСТВА ДЛЯ УВЛАЖНЕНИЯ И СМЯГЧЕНИЯ КОЖИ:

- а. взбалтываемые водные взвеси (болтушки)
- б. детергенты
- с. ретиноиды
- *д. эмоленты
- е. все перечисленное

160. ОБРАЗОВАНИЕ ВОЛДЫРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

- a. инфильтрацией дермы
- *b. отеком сосочкового слоя дермы
- c. акантозом
- d. спонгиозом
- e. паракератозом

161. УКАЖИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, НЕ ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ:

- a. обострение хронической инфекции
- b. сахарный диабет
- c. лейкоцитоз
- *d. почечная недостаточность
- e. гипертензия артериальная

162. УКАЖИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КРАПИВНИЦЫ:

- a. узелки
- b. эксфолиации
- c. бугорки
- d. лихенификация
- *e. волдыри

163. УКАЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРЕН БЕЛЫЙ ДЕРМОГРАФИЗМ:

- *a. атопический дерматит;
- b. крапивница;
- c. аллергический дерматит;
- d. истинная экзема;
- e. псориаз.

164. НАЗОВИТЕ ВОЗРАСТ, В КОТОРОМ МАЛОВЕРОЯТЕН ДЕБЮТ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

- a. 5 мес.
- b. 5 лет
- *c. 50 лет
- d. 15 лет

165. УКАЖИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, МОГУЩИЕ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ НАРУЖНОМ ПРИМЕНЕНИИ КОРТИКОСТЕРОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ:

- a. келоидный рубец
- *b. атрофия кожи
- *c. гипертрихоз
- *d. пиодермии
- *e. телеангиэктазии

166. БОЛЬНОМУ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ «ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ЗУД». УКАЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ МОГЛИ БЫ БЫТЬ ЕГО ПРИЧИНОЙ:

- *а. злокачественное новообразование
- *b. сахарный диабет
- с. псориаз
- *d. цирроз печени
- е. чесотка

167. ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО РАСПОЛОЖЕНИЕ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ:

- а. в локтевых сгибах
- *b. в области ладоней
- с. на задней поверхности шеи
- d. в области подколенных ямок
- *е. на волосистой части головы

168. УКАЖИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ, КОТОРЫЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ КОЖНОМ ЗУДЕ:

- *а. эскориации
- b. волдыри
- с. эрозии
- d. везикулы
- *е. корочки

169. УКАЖИТЕ НАРУЖНЫЕ СРЕДСТВА, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ:

- а. 2% борно-нафталановая паста
- *b. мометазона фуроат
- с. 2% салициловая мазь
- d. примочки из отвара череды
- *е. пимекролимус

170. УКАЖИТЕ ВЕДУЩИЕ МЕХАНИЗМЫ ПАТОГЕНЕЗА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

- а. нейрогенные
- *b. иммунные
- с. вирусные
- d. обменные
- *е. генетические

171. УКАЖИТЕ ДЕРМАТОЗЫ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ПАТОГЕНЕЗОМ:

- а. кожный зуд
- *b. крапивница
- *с. атопический дерматит
- d. почесуха
- е. чесотка

172. УКАЖИТЕ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ, ЛЕЖАЩИЕ В ОСНОВЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВОЛДЫРЯ:

- a. инфильтрация дермы
- *b. отек сосочкового слоя
- c. акантоз
- d. папилломатоз
- *e. дилатация сосудов

173. КОЖНЫЙ ЗУД КАК СИМПТОМ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

- *a. сахарный диабет
- *b. глистная инвазия
- *c. лейкозы
- d. красная волчанка
- *e. болезни печени

174. ДИАГНОЗ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН НА ОСНОВАНИИ:

- *a. указания на начало заболевания в детстве
- *b. улучшение в летнее время
- *c. наличия лихенификации в локтевых и подколенных сгибах
- d. развития везикуляции в очагах поражения
- *e. белого дермографизма

175. В ВОЗНИКНОВЕНИИ СТРОФУЛЮСА ПЕРВОСТЕПЕННУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ:

- *a. пищевая аллергия
- b. контакт со стиральным порошком
- *c. детский возраст
- d. нервные факторы
- e. памперсы

176. ХРОНИЧЕСКУЮ КРАПИВНИЦУ НУЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- *a. с укусами насекомых
- b. чесоткой
- *c. токсидермией
- d. экземой
- e. атопическим дерматитом

177. УКАЖИТЕ ЭЛЕМЕНТЫ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ВЗРОСЛЫХ:

- a. волдырь
- *b. экскориация
- *c. эритема
- *d. лихенификация
- e. узел

178. УКАЖИТЕ ДЕЙСТВИЯ, КОТОРЫМИ ОБЛАДАЕТ КОРТИКОСТЕРОИДНАЯ МАЗЬ:

- *a. вазоконстрикторное
- *b. противозудное
- с. противомикробное
- *d. противовоспалительное
- е. дезодорирующее

179. УКАЖИТЕ ВЕРНЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ:

- а. оказывают гистаминопектическое действие
- *b. являются H1-блокаторами
- *с. являются H2-блокаторами
- *d. оказывают противозудное действие
- е. являются H3-блокаторами

180. ОБОСТРЕНИЯ И РЕМИССИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЗАВИСЯТ:

- *а. от сезонности
- *b. погрешностей в диете
- *с. стрессогенных ситуаций
- *d. инсоляции
- *е. наследственности

181. ЗУД КОЖИ КАК СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- *а. сахарного диабета
- *b. глистной инвазии
- *с. болезней печени
- d. опоясывающего герпеса
- е. простого герпеса

182. УКАЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫМ КОЖНЫЙ ЗУД МОЖЕТ СОПУТСТВОВАТЬ В КАЧЕСТВЕ СИМПТОМА:

- *а. беременности
- *b. СПИДу
- *с. болезням почек
- *d. гепатитам
- е. акантолитической пузырьчатке

183. УКАЖИТЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, ПРОТИВОРЕЧАЩИЕ ОБЩЕПРИНЯТЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ О ЗУДЯЩИХ ДЕРМАТОЗАХ:

- а. кожный зуд может быть как нозологией, так и симптомом
- *b. крапивница характеризуется полиморфизмом высыпаний
- с. экзема не относится к нейродерматозам
- *d. зудящие дерматозы – это аллергические заболевания

184. УКАЖИТЕ ЦЕЛИ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНА ПРЕСЛЕДОВАТЬ НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ:

- *а. противозудное действие
- *b. барьерстабилизирующее действие
- *с. противовоспалительное действие
- *d. кератопластическое действие
- *е. увлажняющее действие

185. УКАЖИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ:

- а. повышенный уровень сывороточных IgE-антител
- *b. выявление акантолитических клеток
- с. эозинофилия крови
- d. повышение цитокинов 2-го типа
- *е. повышение креатинина сыворотки

186. ОТМЕТЬТЕ НЕТИПИЧНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ВЗРОСЛЫХ:

- а. лицо
- *b. ягодицы
- с. шея
- d. локтевые сгибы
- *е. ладони и подошвы

187. УКАЖИТЕ ПРИЗНАКИ, НЕ ИМЕЮЩИЕ ПРЯМОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗУДУ И РАСЧЕСЫВАНИЮ:

- а. лихенизация
- *b. эрозии
- с. лихеноидные папулы
- *d. белый дермографизм
- е. экскориации

188. УКАЖИТЕ ЦЕЛИ, КОТОРЫЕ ПРЕСЛЕДУЕТ СИСТЕМНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ:

- *а. противозудное действие
- *b. иммуносупрессивное действие
- *с. противовоспалительное действие
- *d. кератолитическое действие
- е. болезньюмодифицирующее действие

189. ЧАСТЫМ СДВИГОМ В ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- *а. повышенный уровень сывороточных IgE-антител
- *b. выявление акантолитических клеток
- *с. эозинофилия крови
- d. увеличение С-реактивного белка
- е. лейкопения

190. БОЛЬНОМУ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ «ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ЗУД». УКАЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ МОГЛИ БЫ БЫТЬ ЕГО ПРИЧИНОЙ:

- *а. злокачественное новообразование
- *b. сахарный диабет
- с. псориаз
- *d. цирроз печени
- е. чесотка

191. ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО РАСПОЛОЖЕНИЕ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ:

- а. в локтевых сгибах
- *b. в области ладоней
- с. на задней поверхности шеи
- d. в области подколенных ямок
- *е. на волосистой части головы

192. ФЛИКТЕНА - МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ:

- а. гидраденит
- *b. импетиго вульгарное
- с. остиофолликулит
- d. сикоз вульгарный
- е. фурункулез

193. СУХАЯ ПОВЕРХНОСТНАЯ СТРЕПТОДЕРМИЯ:

- *а. простой лишай
- b. интертриго
- с. чешуйчатый лишай
- d. турниоль
- е. сикоз

194. В ЧЕМ ОПАСНОСТЬ ФУРУНКУЛА НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА:

- а. развитие флегмоны дна полости рта
- b. развитие рожистого воспаления лица
- с. развитие флегмоны шеи
- d. развитие заглочного абсцесса
- *е. развитие тромбоза кавернозного синуса

195. ГНОЙНОЕ РАСПЛАВЛЕНИЕ АПОКРИНОВЫХ ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- а. карбункуле
- b. вульгарном сикозе
- с. вульгарной эктимае
- *d. гидраденит
- е. фурункулезе

196. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИОДЕРМИЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ:

- a. антибиотиков широкого спектра действий
- *b. водных процедур
- c. сухого тепла
- d. УВЧ- терапии
- e. ультрафиолетового облучения

197. ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ЧЕСОТКЕ:

- a. множественные экскориации
- *b. попарно расположенные мелкие узелки
- c. плоские узелки с периферическим ростом
- d. буллезные высыпания
- e. попарно расположенные бугорки

198. НОРВЕЖСКАЯ ЧЕСОТКА:

- *a. крустозная чесотка
- b. псевдосаркоптоз
- c. скабиозная лимфоплазия
- d. чесотка «инкогнито»
- e. чесотка «чистоплотных»

199. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ ПРИМЕНЯЮТ:

- a. 3% серная мазь
- b. 10 % салициловая мазь
- c. преднизолоновая мазь
- *d. эмульсия бензилбензоата
- e. серно-дегтярная мазь

200. СИМПТОМЫ ПЕДИКУЛЕЗА:

- a. везикулы, расчесы, пигментация
- b. зуд, бугорки, корки
- *c. зуд, розеолы, папулы, пигментация
- d. эритема, бугорки, пузыри
- e. зуд, везикулы, эрозии

201. ПРЕПАРАТ(Ы) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕДИКУЛЕЗА:

- *a. перметрин
- b. эритромициновая мазь
- c. гель метрогил
- d. салициловая мазь
- e. шампунь с пиритионом цинка

202. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК СТРЕПТОКОККОВОЙ ПУСТУЛЫ:

- a. приуроченность к сальным железам
- b. приуроченность к потовым железам
- c. приуроченность к волосяным фолликулам
- *d. приуроченность к складкам кожи
- e. ничего из перечисленного

203. ПОВЕРХНОСТНАЯ ФОРМА СТАФИЛОДЕРМИИ:

- a. паронихия
- b. гидраденит
- c. карбункул
- d. фурункул
- *e. вульгарный сикоз

204. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА СТРЕПТОДЕРМИИ:

- *a. вульгарная эктима
- b. везикулопустулез
- c. фолликулит
- d. пиогенная гранулема
- e. фурункул

205. ЛЕЧЕНИЕ ВУЛЬГАРНОГО ИМПЕТИГО:

- *a. анилиновые краски, линимент стрептоцида
- b. анилиновые краски, УВЧ – терапия
- c. салициловая мазь, системные антибиотики
- d. системные антибиотики, витамины
- e. глюкокортикостероидные мази

206. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩЕЕ К РАЗВИТИЮ ФУРУНКУЛЕЗА:

- a. гепатит
- b. пиелонефрит
- c. гипертоническая болезнь
- *d. сахарный диабет
- e. ишемическая болезнь сердца

207. ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ АКНЕ?

- a. гнойное воспаление апокриновой потовой железы
- *b. гнойное воспаление сальной железы
- c. гнойное воспаление устья волосяного фолликула
- d. гнойное воспаление всего волосяного фолликула
- e. гнойное воспаление эккриновой потовой железы

208. СИМПТОМ АРДИ-ГОРЧАКОВА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ:

- a. педикулезе
- b. лейшманиозе
- *c. чесотке
- d. вульгарных угрях
- e. шанкриформной пиодермии

209. ФТИРИАЗ – ЭТО:

- *a. инфестация лобковыми вшами
- b. инфестация платяными вшами
- c. инфестация головными вшами
- d. осложнение педикулеза вторичной инфекцией
- e. смешанный педикулез

210. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДИАГНОЗА ЧЕСОТКА – ОБНАРУЖЕНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ:

- *a. при микроскопии препаратов с добавлением молочной кислоты
- b. при микроскопии препаратов, окрашенных метиленовым синим
- c. культуральным методом
- d. методом ПЦР
- e. серологическим методом

211. СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СЕМЕЙНЫМ ОЧАГОМ, ГДЕ ВЫЯВЛЕН СЛУЧАЙ ЧЕСОТКИ, ЕСЛИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛУЧИЛИ ВСЕ ЕГО ЧЛЕНЫ:

- a. 1 неделя
- *b. 2 недели
- c. 3 недели
- d. 4 недели
- e. 2 месяца

212. ВЫБЕРИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЗ ГРУППЫ ПИОДЕРМИЙ, КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С СИФИЛИСОМ:

- *a. вульгарная эктима
- *b. эпидемическая пузырчатка новорожденных
- *c. шанкриформная пиодермия
- d. гидраденит
- *e. вульгарное импетиго

213. УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ФУРУНКУЛОВ НА ГОЛОВЕ И ШЕЕ;

- *a. менингит
- *b. сепсис
- *c. тромбофлебит мозговых синусов
- *d. лимфаденит
- e. перикардит

214. УКАЖИТЕ ПОВЕРХНОСТНЫЕ ФОРМЫ СТРЕПТОДЕРМИЙ:

- *а. околоногтевая фликтена
- *b. импетиго вульгарное
- *с. буллёзное импетиго
- d. эктима вульгарная
- *е. стрептококковая заеда

215. РАЗВИТИЮ ВУЛЬГАРНОГО СИКОЗА СПОСОБСТВУЮТ:

- *а. авитаминоз
- *b. хронический ринит
- *с. травмирование кожных покровов
- *d. эндокринные нарушения
- e. наследственная предрасположенность

216. ВЫБЕРИТЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ НАЗНАЧЕНИЯ, ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛЁЗОМ:

- *а. антибиотики широкого спектра
- *b. диета с ограничением углеводов
- *с. иммуномодуляторы
- *d. витамины групп А, В, С
- *е. ихтиоловые «лепёшки»

217. НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СТРЕПТОКОККОВЫХ ПУСТУЛ:

- a. приуроченность к сальным железам
- b. приуроченность к потовым железам
- c. приуроченность к волосяным фолликулам
- *d. приуроченность к складкам кожи
- *е. приуроченность к естественным отверстиям

218. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЧЕСОТКИ ХАРАКТЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- *а. чесоточные ходы
- b. узелки, чешуйки
- *с. узелки, пузырьки
- d. бугорки, язвы, рубцы
- *е. экскориации, корки

219. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ИХТИОЛОВОЙ «ЛЕПЁШКИ» ЯВЛЯЮТСЯ:

- a. импетиго вульгарное
- *b. фурункул
- c. заеда
- *d. гидраденит
- e. фолликулит

220. НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ СЧИТАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ:

- *а. при пиодермиях, сопровождающихся лихорадкой
- *b. рецидивирующих пиодермиях
- *с. локализации пиодермий на лице и голове
- d. одиночных фурункулах
- *е. глубоких пиодермиях

221. РАЗНОВИДНОСТЯМИ СТРЕПТОКОККОВОЙ ПИОДЕРМИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- *а. стрептококковая заеда
- *b. буллёзное импетиго
- *с. щелевидное импетиго
- *d. поверхностный панариций
- *е. вульгарное импетиго

222. НОРВЕЖСКАЯ ЧЕСОТКА ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- *а. у больных с психическими заболеваниями
- b. у больных с сахарным диабетом
- *с. на фоне длительного приёма цитостатиков
- d. у больных атопическим дерматитом
- e. у нечистоплотных людей

223. УКАЖИТЕ, КАКИЕ ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ЧАЩЕ СОСТАВЛЯЮТ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ЧЕСОТКИ:

- *а. пузырьёк
- b. бугорок
- *с. узелок
- d. пятно
- e. корка

224. К ЧИСЛУ ЭНДОГЕННЫХ ФАКТОРОВ, БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ПИОДЕРМИЙ, ОТНОСЯТСЯ:

- *а. гиповитаминозы
- *b. нарушения обмена веществ
- *с. вегетативные неврозы
- *d. местное нарушение кровоснабжения
- *е. иммунодефицит

225. ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИОДЕРМИЙ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СРЕДСТВА:

- *а. фукоцин
- *b. гентамициновая мазь
- *с. левомеколь
- *d. чистый ихтиол
- *е. 2% салициловый спирт

226. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ЧЕСОТКОЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

- *а. применение эмульсии бензилбензоата
- б. применение УФ-облучения
- *с. назначение серных мазей
- д. исключение острой пищи
- *е. применение спрея «Спрегаль»

227. УКАЖИТЕ СРЕДИ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГЛУБОКУЮ ФОРМУ СТРЕПТОДЕРМИИ:

- а. стрептококковое импетиго
- б. околоногтевая фликтена
- *с. эктима вульгарная
- д. буллезное импетиго
- е. заеда

228. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ЧЕСОТКИ:

- а. инфильтрация в очагах поражения
- *б. папуловезикулезные элементы
- с. импетигинизация в очагах поражения
- *д. ночной зуд
- е. локализация в области волосистой части головы

229. УКАЖИТЕ ТИПИЧНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЧЕСОТКЕ У ВЗРОСЛЫХ:

- а. лицо
- *б. область сосков
- *с. межпальцевые складки кистей
- *д. боковые поверхности туловища
- *е. половые органы у мужчин

230. УКАЖИТЕ ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ПИОДЕРМИЙ:

- *а. микротравмы кожи
- *б. загрязнение кожи
- *с. переохлаждение
- *д. перегревание
- е. употребление жирной пищи

231. УКАЖИТЕ, КАКИЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СРЕДСТВ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЧЕСОТКИ:

- а. гидрокортизоновая мазь
- б. 2% борная мазь
- с. 5% салициловая мазь
- *д. 33% серная мазь
- е. 5% нафталановая мазь

232. УКАЖИТЕ, С КАКИМИ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ЧЕСОТКУ:

- a. атопический дерматит
- *b. розовый лишай
- c. кожный зуд
- d. экзема
- e. пруриго

233. УКАЖИТЕ, ПРИ КАКИХ ФОРМАХ ПИОДЕРМИИ ФЛИКТЕНА ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ:

- a. сикоз вульгарный
- b. гидраденит
- c. фурункулёз
- *d. импетиго вульгарное
- e. карбункул

234. УКАЖИТЕ ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ СОЗДАЮТ БЛАГОПРИЯТНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГНОЙНИЧКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ:

- *a. длительное переохлаждение
- *b. перегревание
- *c. микротравмы
- *d. мацерация
- *e. загрязнение кожных покровов

235. УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕСОТКОЙ:

- *a. половой
- b. трансмиссивный
- *c. опосредованный
- d. воздушно-капельный
- e. через животных

236. УКАЖИТЕ СРЕДИ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОВЕРХНОСТНУЮ ФОРМУ СТАФИЛОДЕРМИИ:

- a. карбункул
- b. фурункул
- c. гидраденит
- *d. вульгарный сикоз
- *e. остиофолликулит

237. УКАЖИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧЕСОТКИ:

- *a. вторичная пиодермия
- b. сепсис
- c. рубцовая атрофия кожи
- d. флегмона
- *e. экзематизация

238. ПРИ ЧЕСОТКЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН:

- a. симптом Никольского
- b. симптом Бенъе-Мещерского
- *c. симптом Горчакова-Арди
- d. симптом Пильнова
- e. симптом Кебнера

239. ПРИ ВЫСТАВЛЕНИИ ДИАГНОЗА ЧЕСОТКИ ПРОВОДЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

- *a. изоляция больного
- *b. осмотр членов семьи больного
- *c. дезинфекция постельного и нательного белья больного
- d. профилактическое лечение всех контактных лиц
- e. осмотр коллег по работе

240. ГНОЙНОЕ РАСПЛАВЛЕНИЕ АПОКРИНОВЫХ ПОТОВЫХ ЖЕЛЁЗ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- a. при фурункулёзе
- b. вульгарном сикозе
- c. вульгарной эктимае
- *d. гидрадените
- e. карбункуле

241. УКАЖИТЕ, КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СТАФИЛОДЕРМИЙ:

- *a. приуроченность пустул к волосяным фолликулам, сальным и потовым железам
- *b. коническая и шаровидная формы пустул
- *c. напряженная крышка пустул
- d. приуроченность пустул к складкам кожи
- e. приуроченность к естественным отверстиям

242. УКАЖИТЕ, КАКИЕ КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮТСЯ ПИОДЕРМИЕЙ:

- *a. экзема
- *b. чесотка
- *c. атопический дерматит
- d. эритематоз
- e. псориаз

243. УКАЖИТЕ, КАКИМИ ПУТЯМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕСОТКОЙ:

- *a. половым
- *b. через игрушки
- *c. через одежду и постель
- d. через животных
- e. через насекомых

244. УКАЖИТЕ ФАКТОРЫ ЕСТЕСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ КОЖИ К ПИОКОККАМ:

- *а. целостность рогового слоя кожи
- *b. сдвиг Ph кожной поверхности в кислотную сторону
- *с. физиологическое шелушение
- d. повышенное салоотделение
- e. повышенное потоотделение

245. К ГРУППЕ СТАФИЛОКОККОВЫХ ПИОДЕРМИЙ ОТНОСЯТСЯ:

- *а. сикоз простой
- *b. фурункулёз
- *с. гидраденит
- d. заеда;
- e. вульгарная эктима

246. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИОДЕРМИЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ:

- a. сухого тепла;
- b. УФ-облучения
- c. УВЧ-терапии
- *d. водных процедур
- *e. иглорефлексотерапии

247. К ПОВЕРХНОСТНЫМ СТАФИЛОДЕРМИЯМ НЕ ОТНОСЯТ:

- a. Остиофолликул ит Бокхарта
- b. Сикоз стафилококковый
- *с. Буллезное импетиго
- d. Фолликулит
- e. Эпидемическую пузырчатку новорожденных

248. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПИОДЕРМИИ?

- a. Стафилококк
- b. Стрептококк
- *с. Палочка Коха
- d. Синегнойная палочка
- e. Протей вульгарный

249. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НЕ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИОДЕРМИЙ?

- a. Системные антибиотики
- b. Общеукрепляющие средства
- *с. Большие дозы системных глюкокортикоидов
- d. Иммунокорректоры
- e. Витамины А, С, В

250. УКАЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, НЕ ОТНОСЯЩЕЕСЯ К СТРЕПТОДЕРМИЯМ:

- a. Буллёзное импетиго
- b. Щелевидное импетиго
- *c. Фурункул
- d. Рожа
- e. Вульгарная эктима

251. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ, ТРЕБУЮЩУЮ НАЗНАЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОДИНОЧНОМ ФУРУНКУЛЕ:

- a. Фурункул в стадии инфильтрации
- b. Фурункул в стадии отторжения гнойно-некротического стержня
- c. Фурункул в стадии рубцевания
- d. Фурункул на коже предплечья
- *e. Фурункул в области лица или шеи

252. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ЕСТЕСТВЕННОЙ СРЕДОЙ ОБИТАНИЯ СТАФИЛОКОККОВ НА ЗДОРОВОЙ КОЖЕ?

- *a. Волосяные фолликулы, апокриновые потовые железы
- b. Складки кожи
- c. Участки кожи вокруг естественных отверстий
- d. Ногтевые валики
- e. Слизистая носоглотки

253. КАКИЕ ГРУППЫ ФАКТОРОВ МОГУТ ВЫЗВАТЬ РАЗВИТИЕ ПИОДЕРМИЙ?

- a. Снижение местной и общей реактивности организма
- b. Экзогенные
- c. Эндогенные
- *d. Всё перечисленное

254. К СТАФИЛЛОДЕРМИЯМ ОТНОСЯТ:

- *a. Остиофолликулит Бокхарта
- b. Импетиго вульгарное
- c. Эктиму вульгарную
- d. Диффузную пиодермию
- e. Шанкриформную пиодермию

255. КАКОЙ ПРИЗНАК НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ СТРЕПТОКОККОВОМ ИМПЕТИГО?

- *a. Поражение волос
- b. Высыпания в виде фликтен
- c. Множественные корочки
- d. Буроватая пигментация
- e. Контагиозность

256. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРОБА БАЛЬЦЕРА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

- *а. отрубевидном лишае
- б. красном плоском лишае
- с. псориазе
- д. хронической красной волчанке
- е. себорее

257. НАЗОВИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ГРИБОМ РОДА TRICHOPHYTON:

- а. вульгарный сикоз
- б. микроспория
- *с. паразитарный сикоз
- д. опоясывающий лишай
- е. чешуйчатый лишай

258. ИСТОЧНИКОМ ЗАРАЖЕНИЯ РУБРОФИТИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а. собака
- б. корова
- с. мышь
- *д. больной человек
- е. кошка

259. НАЗОВИТЕ АНТИМИКОТИК СИСТЕМНОГО ДЕЙСТВИЯ:

- *а. орунгал
- б. клотримазол
- с. ацикловир
- д. микоспор
- е. нистатин

260. ПРЕПАРАТ ДЛЯ МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МИКОЗА:

- а. окрашенный метиленовым синим
- *б. обработанный щелочью
- с. обработанный физиологическим раствором
- д. нативный неокрашенный
- е. окрашенный по Граму

261. КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ПРИ МИКРОСПОРИИ:

- а. разрешение клинических проявлений и отсутствие свечения в лучах лампы Вуда
- б. отсутствие свечения в лучах лампы Вуда и один отрицательный результат микроскопии
- с. разрешение клинических проявлений и один отрицательный результат микроскопии
- д. разрешение клинических проявлений и два отрицательных результата микроскопии
- *е. разрешение клинических проявлений, отсутствие свечения в лучах лампы Вуда и три отрицательных результата микроскопии

262. ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ ПРИ ПРОСТОМ ГЕРПЕСЕ:

- *а. везикулы, эрозии
- б. гнойнички, корки
- с. бугорки, язвы
- д. папулы, чешуйки
- е. узелки, эритема

263. ПРИЗНАК ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА:

- а. склонность к рецидивированию
- б. феномен Кебнера
- *с. боли по ходу нервных стволов
- д. появление пузырей на неизменной коже
- е. мокнущие по типу «серозных колодцев»

264. ВОЗБУДИТЕЛЬ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ:

- а. ВПГ
- б. ЦМВ
- с. вирус Эпштейн-Барр
- *д. ВПЧ
- е. аденовирусы

265. ПРЕПАРАТ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ РЕЦИДИВА ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА:

- а. тетрациклин
- *б. валтрекс
- с. преднизолон
- д. делагил
- е. бисептол

266. УКАЖИТЕ КЕРАТОМИКОЗ:

- *а. отрубевидный лишай
- б. простой лишай
- с. кандидоз
- д. руброфития
- е. микроспория

267. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ ДАТЬ ЭПИДЕРМОФИТИЯ СТОП:

- а. истинная экзема
- б. токсидермия
- с. трофическая язва
- *д. рожистое воспаление
- е. эритразма

268. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ:

- a. диффузное выпадение волос
- b. эритема с наслоением жирных желтоватых чешуек
- c. очаги рубцовой атрофии, скутулы
- d. фолликулярный гиперкератоз, очаги рубцовой атрофии
- *e. эритематозно-сквамозные очаги с обломанными волосами

269. ИТРАКОНАЗОЛ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРПАРАТОМ

- a. цитостатическим
- *b. фунгицидным
- c. десенсибилизирующим
- d. антибактериальным
- e. противовирусным

270. ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПОВЕРХНОСТНОГО КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. *Candida tropicalis*
- b. *Candida krusei*
- c. *Candida glabrata*
- *d. *Candida albicans*
- e. *Candida parapsilosis*

271. ПОРАЖЕНИЕ НОГТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ:

- a. кандидозе
- *b. рубромикозе
- c. микроспории
- d. трихофитии
- e. отрубевидном лишае

272. СИМПТОМ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК:

- *a. гиперкератотическое образование с болезненностью при ходьбе
- b. гиперкератотическое образование с выраженным зудом
- c. мягкое плоское наслоение
- d. гиперкератотическое образование на ножке
- e. папула с ярким окрашиванием

273. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПРОСТОГО ГЕРПЕСА:

- a. хроническое длительное течение без периодов ремиссий
- b. провоцирующее воздействие нарушений в диете
- *c. склонность к рецидивированию
- d. начало заболевания преимущественно в пожилом возрасте
- e. возникновение рецидивов после нервного перенапряжения

274. ЛАБОРАТОРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА:

- a. культуральный метод на бесклеточных средах
- *b. ПЦР
- c. электронная микроскопия
- d. нативная микроскопия
- e. микрореакция преципитации

275. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬГАРНЫХ БОРОДАВОК:

- a. инъекции антибиотиков
- b. иссечение
- c. мазь ацикловир
- *d. криодеструкция элементов
- e. аппликации фулорцина

276. ДЛЯ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ СЫПИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- a. Гнойнички, язвы, гнойные корки
- b. Узелки, чешуйки, гиперпигментация
- c. Бугорки, язвы, геморрагические корки
- *d. Пузырьки, эрозии, серозные корки
- e. Папулы, волдыри, эксфолиации

277. К ВАМ ОБРАТИЛСЯ ПАЦИЕНТ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛЕЗНЕННЫЕ ЭРОЗИИ НА ПОЛОВОМ ЧЛЕНЕ. В АНАМНЕЗЕ ВЫЯВЛЕНО ЧАСТОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ПОДОБНЫХ ВЫСЫПАНИЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА. ПРИ ОСМОТРЕ: НА ГОЛОВКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА СГРУППИРОВАННЫЕ ПУЗЫРЬКИ ПОЛИЦИКЛИЧЕСКИХ ОЧЕРТАНИЙ, НА ОТЕЧНОМ ОСНОВАНИИ, МЯГКОМ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- a. Вульгарная пузырчатка
- b. Шанкриформная пиодермия
- *c. Рецидивирующий герпес
- d. Первичный герпес
- e. Первичный сифилис

278. УКАЖИТЕ СУБЪЕКТИВНОЕ ОЩУЩЕНИЕ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА:

- a. зуд
- b. жжение
- c. чувство стягивания кожи
- d. чувство покалывания в коже
- *e. болевой синдром

279. ПЛОСКИЕ БОРОДАВКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

- a. 50-60 лет
- b. 40-50 лет
- c. 30-40 лет
- *d. 6-10 лет
- e. 20-30 лет

280. НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ:

- a. целестодерм(мазь)
- b. клотримазол(мазь)
- c. нистатин(таблетки)
- d. флуцинар(мазь)
- *e. гризеофульфин(таблетки)

281. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. везикула
- *b. пятно
- c. папула
- d. пустула
- e. бугорок

282. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА:

- *a. Наличие предвестников
- b. Начало заболевания в молодом возрасте
- *c. Хроническое течение дерматоза
- d. Связь рецидивов с приёмом сульфаниламидов
- *e. Склонность к рецидивированию

283. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ РЕЦИДИВА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

- *a. Ацикловир
- b. тетрациклин
- *c. валтрекс
- d. трихопол
- *e. фамвир

284. К ВАМ ОБРАТИЛСЯ ПАЦИЕНТ С ЖАЛОБАМИ НА ПОЯВЛЕНИЕ ВЫСЫПАНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ЗУДОМ. ПРИ ОСМОТРЕ: В ОБЛАСТИ УГЛА РТА СПРАВА НА ЭРИТЕМАТОЗНОМ, ОТЁЧНОМ ФОНЕ СГРУППИРОВАННЫЕ МЕЛКИЕ ПУЗЫРЬКИ, НАПОЛНЕННЫЕ СЕРОЗНЫМ СОДЕРЖИМЫМ, И МЕЛКИЕ ЭРОЗИИ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

- a. с первичным сифилисом
- *b. стрептококковым импетиго

- с. вульгарной пузырчаткой
- *d. простым герпесом
- е. опоясывающим герпесом

285. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА:

- а. 5% салициловая мазь
- *b. диатермокоагуляция
- с. зовиракс (мазь)
- *d. механическое удаление
- е. УФ-облучение

286. УКАЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, С КОТОРЫМИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ПРОСТОЙ ГЕРПЕС:

- *а. опоясывающий герпес
- *b. аллергический дерматит
- *с. стрептококковое импетиго
- *d. первичный сифилис
- е. вульгарный псориаз

287. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕСТНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРОСТОГО И ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА:

- *а. зовиракс (крем)
- в. ламизил (крем)
- *с. гель «Виру-мерц серол»
- d. вольтарен (мазь)
- *е. виферон (гель)

288. ЯЗВЕННАЯ ФОРМА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА И РЕЦИДИВЫ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ МОГУТ БЫТЬ МАРКЁРАМИ СЛЕДУЮЩИХ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- *а. злокачественных новообразований
- в. глистной инвазии
- *с. инфекция ВИЧ на стадии СПИДа
- d. хронической почечной недостаточности
- *е. хронического лимфоплейкоза

289. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ПЕРЕДАВАЕМЫМ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ, ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ВИРУСНЫХ ДЕРМАТОЗОВ:

- а. плоские бородавки
- *b. остроконечные кондиломы
- с. синдром Ханта
- *d. простой герпес гениталий
- е. контагиозный моллюск

290. СРЕДИ РАЗНОВИДНОСТЕЙ БОРОДАВОК ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ:

- *а. обычные
- *b. плоские
- *с. подошвенные
- *d. остроконечные
- е. псориазиформные

291. ПРИ ТИПИЧНОМ РАЗВИТИИ РЕЦИДИВА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ПРИНЯТО ВЫДЕЛЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ СТАДИИ

- *а. предвестников
- *b. эритематозные
- *с. везикулёзная
- *d. эрозивная
- е. шелушения

292. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ:

- а. аутогемотерапия
- *b. герпетическая поливакцина
- с. инъекции антибиотиков
- *d. индукторы интерферона
- е. витаминотерапия

293. УКАЖИТЕ ПРИЗНАКИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА:

- *а. пузырьковые высыпания
- б. склонность к рецидивированию
- *с. боли по ходу нервных стволов
- d. положительный симптом Никольского
- *е. развитие постгерпетической невралгии

294. УКАЖИТЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РЕЦИДИВА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА:

- *а. наличие продромального периода в виде предвестников обострения
- *b. наличие пузырьковых высыпаний на отёчно-гиперемизованном фоне
- *с. склонность к рецидивированию
- *d. излюбленная локализация на губах и гениталиях
- е. разрешение процесса с образованием рубцов

295. УКАЖИТЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ КОНТАГИОЗНОМ МОЛЛЮСКЕ У РЕБЁНКА:

- *а. выдавливание содержимого элементов
- б. наружное применение глюкокортикоидных мазей
- *с. диатермокоагуляция
- d. пенициллинотерапия
- *е. изоляция от здоровых детей

296. ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

- *а. сгруппированные пузырьки
- в. волдыри
- *с. невралгии
- д. частые рецидивы
- *е. начало заболевания в среднем и пожилом возрасте

297. УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ, НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫЕ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ РЕЦИДИВОВ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА:

- а. преднизолоновая мазь
- *в. зовиракс (мазь)
- с. тетрациклиновая мазь
- *д. мазь «Гевизош»
- е. жидкость Кастеллани (фукорцин)

298. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБЫЧНЫХ БОРОДАВОК:

- а. зовиракс (мазь)
- *в. диатермокоагуляция
- с. флуцинар (мазь)
- *д. криодеструкция
- е. удаление лазером

299. В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВОВ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ОСНОВНУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ В ИММУННОЙ СИСТЕМЕ:

- *а. снижение цитотоксичности естественных киллеров
- в. снижение уровня гуморальных антител
- *с. снижение уровня интерферонообразования
- д. повышение уровня гуморальных антител
- *е. системный иммунодефицит клеточного звена

300. НАИБОЛЕЕ ЧЁТКИЙ СПИД-ИНДИКАТОРНЫЙ ХАРАКТЕР ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПРОСТОГО ГЕРПЕСА:

- а. глутеальный герпес
- *в. перманентно текущий вирусный процесс у молодых людей
- с. элфантиазоподобный герпес
- *д. эрозивно-язвенный герпес
- е. импетигоподобный герпес

301. СРЕДИ ВИРУСНЫХ ДЕРМАТОЗОВ СКЛОННОСТЬ К РЕЦИДИВИРОВАНИЮ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА У СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- a. плоские бородавки
- *b. простой герпес
- c. вульгарные бородавки
- *d. остроконечные кондиломы
- e. контагиозный моллюск

302. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВИРУСНОГО ДЕРМАТОЗА У ВЗРОСЛОГО ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ АКТИВАЦИИ ВИРУСА, ПРИСУТСТВУЮЩЕГО В ОРГАНИЗМЕ В ЛАТЕНТНОМ СОСТОЯНИИ, В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ:

- a. контагиозный моллюск
- b. узелки доильщиц
- *c. опоясывающий герпес
- d. плоские бородавки
- *e. рецидив простого герпеса

303. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНОГО РЕБЁНКА ОТ ДЕТСКОГО КОЛЛЕКТИВА ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВИРУСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ:

- *a. вульгарные бородавки
- b. простой герпес
- *c. контагиозный моллюск
- d. плоские бородавки
- *e. ветряная оспа

304. ДЛЯ ВУЛЬГАРНЫХ БОРОДАВОК НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

- *a. гиперкератотические папулы округлых очертаний, розовато-сероватого цвета, с шероховатой поверхностью. Субъективные ощущения отсутствуют
- b. полигональные папулы с центральным вдавлением, сопровождающиеся зудом
- c. плоские папулы розово-красного цвета, плотноватой консистенции, покрытые легко-отделяющимися серебристо-белыми чешуйками
- d. плоские округлые лентикулярные папулы плотноэластической консистенции, синюшно-красного цвета с буровато-жёлтым оттенком. По периферии папул скудное воротничковое шелушение. Зуд отсутствует
- e. резко зудящие диссеминированные плотные красновато-бурые папулы с везикулой или геморрагической корочкой на вершине

305. СРЕДИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБ ИХ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОМ ХАРАКТЕРЕ МОЖНО ДУМАТЬ В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ:

- a. простой герпес на коже ягодиц
- *b. некротическая форма опоясывающего герпеса у пожилого человека
- c. рецидивирующее течение остроконечных кондилом
- *d. генерализованная или язвенная форма простого герпеса у пожилого человека
- e. контагиозный моллюск у взрослого человека

306. ПРИ ГРИБКОВОМ ПОРАЖЕНИИ ВОЛОС НЕОБХОДИМО:

- *a. провести эпиляцию (для КОН – теста)
- b. применить аппликации кортикостероидных мазей
- *c. назначить системный антимикотик
- d. назначить антибиотик широкого спектра действия
- e. назначить физиопроцедуры(УЗ)

307. УКАЖИТЕ МЕСТНЫЕ АНТИМИКОТИКИ:

- *a. лоцерил
- *b. микоспор
- *c. микозолон
- d. орунгал
- *e. ламизил дермгель

308. НАЗОВИТЕ СИСТЕМНЫЕ АНТИМИКОТИКИ:

- *a. дифлюкан
- *b. орунгал
- *c. гризеофульвин
- d. микоспор
- *e. ламизил

309. НАЗОВИТЕ МЕДИКАМЕНТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОГО КАНДИДОЗА:

- *a. дифлюкан
- *b. клотримазол
- *c. нистатин
- d. тавегил
- e. делагил

310. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРИЗНАКИ ОНИХОМИКОЗА:

- *a. желтовато-серый цвет ногтя
- *b. подногтевой гиперкератоз
- *c. отслоение пластинки от ногтевого ложа
- d. симптом наперстка
- *e. расслоение ногтевой пластинки

311. УКАЖИТЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ:

- *а. применение системных антимикотиков
- *b. хирургическое удаление пораженных ногтей
- с. применение кортикостероидных мазей
- *d. лечение сосудистых заболеваний нижних конечностей
- *е. применение местных антимикотических средств

312. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- *а. проба Бальзера
- *b. бактериоскопия
- *с. йодная проба
- d. биопсия кожи
- е. биохимический анализ кожи

313. ДИАГНОЗ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ У РЕБЕНКА УСТАНОВЛЕН. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, НАБЛЮДАЮЩИЕСЯ ПРИ ЭТОМ ЗАБОЛЕВАНИИ:

- а. очаги рубцовой атрофии
- *b. очаги с обломанными волосами
- с. фолликулярный гиперкератоз
- *d. эритематозно-сквамозные явления в очагах
- *е. очаги алопеции

314. НАЗОВИТЕ МЕРЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МИКОЗОВ СТОП:

- *а. пользование индивидуальной обувью
- *b. лечение ангиопатий нижних конечностей
- *с. борьба с потливостью стоп
- d. водные процедуры
- *е. дезинфекция обуви

315. ПОРАЖЕНИЕ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- *а. при трихофитии
- b. эритразме
- *с. микроспории
- *d. фавусе
- е. кандидозе

316. НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ОНИХОМИКОЗАХ:

- а. клотримазол(мазь)
- *b. лак «Батрафен»
- с. нистатиновая мазь
- *d. лак «Лоцерил»
- *е. орунгал (капсулы)

317. НАЗОВИТЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ:

- *а. микроскопия чешуек (КОН-тест)
- в. серологический анализ крови
- *с. проба Бальзера (йодная проба)
- д. капельная проба
- е. клинический анализ мочи

318. НАЗОВИТЕ СИСТЕМНЫЕ АНТИМИКОТИКИ:

- *а. низорал
- *в. ламизил
- *с. орунгал
- д. тавегил
- е. трихопол

319. МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОН-ТЕСТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- а. соскоб со слизистой оболочки рта
- *в. чешуйки из очага поражения
- *с. измененные ногти
- д. тканевый сок из язвы
- *е. обломленные волосы

320. У РЕБЕНКА ПОДОЗРЕВАЕТСЯ ТРИХОФИТИЯ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ. НАЗОВИТЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- *а. микроскопическое исследование волос из очагов поражения
- *в. культуральный метод
- *с. люминесцентный метод (лампа Вуда)
- д. анализ крови на сахар
- *е. изучение эпидемиологического анамнеза

321. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РУБРОФИТИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а. преимущественное поражение слизистых оболочек
- *в. тенденция к универсальному поражению ногтей пластинок кистей и стоп
- с. генерализованное поражение волосистой части головы
- *д. частое поражение кожи стоп эритематозно-сквамозного характера
- е. поражение крупных складок кожи

322. УКАЖИТЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ МИКОЗОВ:

- *а. сбор эпидемиологического анамнеза
- *в. люминесцентный метод (лампа Вуда)
- *с. микроскопия (КОН-тест)
- *д. культуральный метод
- е. серологический метод

323. ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ МИКРОСПОРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- *а. человек
- *b. кошка
- *с. собака
- d. лошадь
- e. корова

324. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ПРИМЕНЯЮТ:

- *а. низорал(шампунь)
- *b. ламизил(спрей)
- *с. эритемное УФ-облучение
- *d. 5%салициловый спирт
- e. втирание кортикостероидных мазей

325. ДЛЯ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- *а. эритема
- b. мокнутие
- *с. зуд
- *d. обломанные волосы
- *е. шелушение

326. НАЗОВИТЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ МИКОЗОВ:

- *а. эндокринопатии
- *b. иммуносупрессивная терапия
- *с. прием антибиотиков
- d. витаминотерапия
- *е. оральные контрацептивы

327. ПРИЧИСЛИТЕ МИКОЗЫ, ВХОДЯЩИЕ В СОВРЕМЕННУЮ ОТЕЧЕСТВЕННУЮ КЛАССИФИКАЦИЮ(ПО Н.Д. ШЕКЛАКОВУ):

- *а. кандидозы
- *b. глубокие микозы
- *с. дерматофитии
- d. кератодермии
- *е. кератомикозы.

328. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КЕРАТОМИКОЗОВ:

- *а. поражение рогового слоя эпидермиса
- b. мокнутие
- *с. десквамация
- *d. образование пятен цвета кофе с молоком
- *е. отсутствие воспаления

329. НАЗОВИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЗ ГРУППЫ ДЕРМАТОФИТИЙ:

- *а. эпидермофития
- *b. руброфития
- *с. трихофития
- d. кандидоз
- *е. микроспория

330. НАЗОВИТЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЗАРАЖЕНИЮ МИКОЗОМ СТОП:

- *а. травматизация стоп
- *b. повышенная потливость стоп
- *с. пользование бассейном, сауной и пр.
- d. контакт с больными животными (кошки, собаки и пр.)
- *е. ношение закрытой, резиновой обуви

331. ПЕРЕЧИСЛИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КАНДИДОЗА:

- *а. висцеральный
- b. волосистый части головы
- *с. ногтей
- *d. слизистых оболочек
- *е. складок кожи

332. УКАЖИТЕ ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕСТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ:

- a. салициловая кислота
- *b. низорал (крем)
- c. гидрокортизоновая мазь
- *d. ламизил (спрей)
- *е. микозолон

333. УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ, НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫЕ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ РЕЦИДИВОВ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА:

- a. преднизолоновая мазь
- *b. зовиракс (мазь)
- c. тетрациклиновая мазь
- *d. мазь «Гевизош»
- e. жидкость Каstellани (фулорцин)

334. ТВЕРДЫЙ ШАНКР – ЭТО:

- a. бугорок
- *b. эрозия
- c. узел
- d. пятно
- e. пустула

335. ХАРАКТЕРИСТИКА ТВЕРДОГО ШАНКРА:

- a. без уплотнения в основании
- b. наличие гнойного отделяемого
- *c. мясо – красного цвета
- d. имеет подрытые края
- e. наличие геморрагического отделяемого

336. ОСЛОЖНЕННЫЙ ТВЕРДЫЙ ШАНКР:

- a. индуративный отек
- b. шанкр – амигдалит
- c. корковый шанкр
- d. комбустиформный шанкр
- *e. фагеденизм

337. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ РЕЦИДИВНОМ СИФИЛИСЕ:

- *a. широкие кондиломы
- b. группированные бугорки
- c. единичные гуммы
- d. остатки твердого шанкра
- e. эритродермия

338. ЗАРАЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ СИФИЛИСЕ:

- a. лейкодерма шеи
- b. диффузная алопеция
- c. мелкоочаговая алопеция
- *d. эрозивные папулы языка
- e. розеола туловища

339. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ РОЗЕОЛЕЗНОГО СИФИЛИДА ПРОВОДЯТ:

- a. токсидермией
- b. розовым лишаем
- c. отрубевидным лишаем
- d. корью
- *e. все выше перечисленное

340. ДЛЯ СИФИЛИДОВ ВТОРИЧНОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРНО:

- *a. самопроизвольное исчезновение
- b. всегда обилие высыпаний
- c. островоспалительные явления
- d. наличие зуда
- e. болезненность

341. ДЛЯ ВЫСЫПАНИЙ ТРЕТИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА
ХАРАКТЕРНО:

- *а. деструктивный характер разрешения сифилидов
- б. обилие высыпаний
- с. высокая контагиозность
- д. сопровождаются выраженной болезненностью
- е. разрешаются бесследно

342. ИСХОД БУГОРКОВОГО СИФИЛИДА :

- а. звездчатый рубец
- *б. мозаичный рубец
- с. атрофический рубец
- д. плоский рубец
- е. разрешается бесследно

343. ГЛУБИНА ЗАЛЕГАНИЯ ГУММЫ:

- а. шиповатый слой эпидермиса
- б. базальный слой эпидермиса
- с. сосочковый слой дермы
- *д. подкожно-жировая клетчатка
- е. сетчатый слой дермы

344. ХАРАКТЕРИСТИКА ТВЕРДОГО ШАНКРА:

- а. отечно – гиперемированный фон
- б. плотный инфильтрат в основании, болезненный
- *с. плотный инфильтрат в основании, безболезненный
- д. полигональные очертания, цвет «испорченного сала»
- е. правильной округлой формы, болезненный

345. АТИПИЧНЫЙ ШАНКР:

- *а. индуративный отек
- б. гангренозный шанкр
- с. гигантский шанкр
- д. парафимоз
- е. герпетиформный шанкр

346. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА:

- а. 3-4 недели
- б. 3 месяца
- с. более 4 месяца
- д. 4 месяца
- *е. 6-8 недель

347. ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО СИФИЛИСА:

- a. эрозии, розеолы
- b. эрозии, папулы
- *c. эрозии, язвы
- d. язвы, папулы
- e. пятна, эктимы

348. РЕГИОНАРНЫЙ СКЛЕРАДЕНИТ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СИФИЛИСОМ РАЗВИВАЕТСЯ:

- a. до появления твердого шанкра
- *b. через 5-7 дней после появления твердого шанкра
- c. одновременно с появлением твердого шанкра
- d. через 3 недели после появления твердого шанкра
- e. через 1,5 месяца после появления твердого шанкра

349. ДЛЯ ВТОРИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНО:

- a. наличие розеол, папул; малая контагиозность
- b. высыпания монотипные, деструктивный характер разрешения
- c. высыпания полиморфные, сопровождаются зудом, жжением
- *d. доброкачественное течение; высокая контагиозность
- e. имеет волнообразное течение, продолжительность периода 1 год

350. СИФИЛИДЫ ТРЕТИЧНОГО ПЕРИОДА:

- *a. бугорки, гуммы
- b. эктимы, гуммы
- c. бугорки, папулы
- d. бугорки, эктимы
- e. гуммы, папулы

351. ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ РЕЦИДИВНОМ СИФИЛИСЕ:

- *a. необильные, сгруппированные
- b. обильные, мелкие
- c. мелкие, яркой окраски
- d. располагаются без группировки
- e. сопровождаются симптомами острой интоксикации

352. ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ АНГИНЫ ХАРАКТЕРНО:

- a. осиплость голоса
- *b. папулы на миндалинах
- c. высокая температура
- d. резкая болезненность
- e. отечность тканей миндалин

353. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ФОРМА ВИСЦЕРАЛЬНОГО СИФИЛИСА:

- a. поздний сифилис желудочно-кишечного тракта
- b. сифилитическое поражение печени и почек
- *c. сифилитический аортит
- d. сифилис бронхов и легких
- e. сифилис селезенки

354. ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА НАЧИНАЕТСЯ:

- a. с внедрения бледной трепонемы в организм
- b. позитивации комплекса серологических реакций
- c. регионарного лимфаденита
- *d. с появления твёрдого шанкра
- e. полиаденита

355. ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА ЗАКАНЧИВАЕТСЯ:

- a. с развитием полиаденита
- *b. появлением розеолезной сыпи
- c. рубцеванием твёрдого шанкра
- d. позитивацией реакции иммобилизации бледных трепонем (РИБТ)
- e. развитием продромальных явлений (субфебрилитет, головная боль, недомогания и т.д.)

356. ДЛЯ ВТОРИЧНОГО СВЕЖЕГО СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНЫ:

- a. алопеция, папулы ладоней и подошв;
- b. эритематозная ангина, широкие кондиломы;
- c. лейкодерма, необильная розеола;
- *d. остатки твердого шанкра, обильная розеола;
- e. папулы ладоней и подошв, широкие кондиломы.

357. ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА НАЧИНАЕТСЯ:

- a. с появления твердого шанкра;
- b. появления регионарного лимфаденита;
- c. исчезновения твердого шанкра;
- d. появления полиаденита;
- *e. появления генерализованных высыпаний

358. ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА НАЧИНАЕТСЯ ОТ МОМЕНТА ЗАРАЖЕНИЯ В СРЕДНЕМ:

- a. через 1-2 нед.;
- *b. 2-3 мес.
- c. 5-6 мес.;
- d. 1 год;
- e. 2-4 года.

359. СИФИЛИТИЧЕСКАЯ ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА ОБУСЛОВЛЕНА:

- a. пятнистым сифилидом;
- b. бугорковым сифилидом;
- *c. папулезным сифилидом;
- d. пустулезным сифилидом;
- e. пигментным сифилидом.

360. ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА В СРЕДНЕМ ДЛИТСЯ:

- a. 2-4 нед.;
- b. 2-4 декады;
- c. 2-4 мес.;
- *d. 2-4 года;
- e. 2-4 десятилетия.

361. ПРИ ТРЕТИЧНОМ СИФИЛИСЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- a. орхит;
- b. энтерит;
- *c. мезаортит;
- d. нефросклероз;
- e. гепатит.

362. СИФИЛИТИЧЕСКАЯ ГУММА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. невоспалительным узлом;
- b. отеком сосочкового слоя дермы;
- *c. инфекционной гранулемой;
- d. папулезным инфильтратом;
- e. доброкачественным образованием.

363. БУГОРКИ И ГУММЫ ХАРАКТЕРНЫ:

- *a. для третичного сифилиса;
- b. вторичного сифилиса;
- c. первичного сифилиса;
- d. раннего скрытого сифилиса;
- e. позднего скрытого сифилиса.

364. ИСХОДОМ СГРУППИРОВАННОГО БУГОРКОВОГО СИФИЛИДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. гипопигментация;
- b. гладкий рубец;
- *c. мозаичный рубец;
- d. келоидный рубец;
- e. гиперпигментация.

365. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА НАБЛЮДАЕТСЯ:

- a. алопеция;
- *b. бугорки;
- c. лейкодерма;
- d. папулы;
- e. пустулы.

366. ТВЁРДЫЙ ШАНКР МОЖЕТ ЛОКАЛИЗОВАТЬСЯ НА ЛЮБОМ УЧАСТКЕ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ, НО РЕЖЕ ВСЕГО ОН ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- a. на внутреннем листке крайней плоти
- b. шейке матки
- c. головке полового члена
- *d. стенках влагалища
- *e. волосистой части головы

367. У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СИФИЛИСОМ НЕ БЫВАЮТ:

- *a. папул ладоней и подошв
- *b. эритематозной ангины, рубцующегося твёрдого шанкра
- *c. лабиринтной глухоты
- *d. саблевидных голеней
- e. лимфангита

368. УКАЖИТЕ АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ТВЁРДОГО ШАНКРА:

- a. гангренозный шанкр
- *b. шанкр-панариций
- *c. индуративный отёк
- *d. шанкр-амигдалит
- e. шанкр-отпечаток

369. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ТВЁРДОГО ШАНКРА ОТНОСЯТСЯ:

- *a. язвенный шанкр
- *b. гигантский шанкр
- *c. экстрагенитальный шанкр
- *d. биполярный шанкр
- e. шанкр-панариций

370. УКАЖИТЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ НЕОСЛОЖНЁННОГО ТВЁРДОГО ШАНКРА:

- *a. безболезненность
- b. гнойное отделяемое
- c. подрытые края
- *d. плотноэластический инфильтрат в основании
- e. полициклические очертания

371. ТВЁРДЫЙ ШАНКР СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:

- *а. плоскоклеточным раком
- *b. простым герпесом
- *с. шанкроидом
- *d. шанкриформной пиодермией
- е. красным плоским лишаём

372. УКАЖИТЕ ПРИЗНАКИ, КОТОРЫЕ ОТНОСЯТСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ ТВЁРДОГО ШАНКРА:

- *а. баланит
- *b. фимоз
- *с. гангренизация
- d. лихенификация
- *е. фагеденизация

373. ТВЁРДЫЙ ШАНКР – ЭТО

- *а. эрозия
- b. везикула
- *с. язва
- d. бугорок
- е. пятно

374. В ПЕРВИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА У БОЛЬНЫХ МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

- *а. твёрдый шанкр
- *b. отрицательный комплекс серологических реакций (КСР)
- *с. положительный комплекс серологических реакций
- d. сифилитическая ангина
- *е. лимфангит

375. ДЛЯ ТИПИЧНОГО ТВЁРДОГО ШАНКРА ХАРАКТЕРНЫ:

- a. правильные округлые или овальные очертания
- b. гладкое блестящее дно
- с. блюдцеобразная форма
- *d. безболезненность
- *е. подрытые края

376. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ТВЁРДОГО ШАНКРА ОТНОСЯТСЯ:

- *а. щелевидный шанкр
- *b. биполярный шанкр
- *с. карликовый шанкр
- d. шанкр-амигдалит
- *е. шанкр-отпечаток

377. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ НА МИНДАЛИНЕ ШАНКР МОЖЕТ ИМЕТЬ ФОРМУ:

- *а. язвенную
- *b. комбинированную – язвенную на фоне ангинопоподобной
- *с. ангинопоподобную
- d. флегмонозную
- e. дифтеритическую

378. РЕГИОНАРНЫЙ ЛИМФАДЕНИТ ПРИ ПЕРВИЧНОМ СИФИЛИСЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ:

- *а. лимфоузлы подвижны
- *b. кожа над лимфоузлами не изменена
- *с. лимфоузлы безболезненны
- d. лимфоузлы спаяны между собой
- e. лимфоузлы мягкой консистенции

379. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРВИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ:

- *а. твёрдым шанкром
- *b. регионарным лимфаденитом
- *с. регионарным лимфангитом
- d. розеолезной сыпью на туловище
- e. сифилитической ангиной

380. СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ТИПИЧНОГО ТВЁРДОГО ШАНКРА:

- *а. пластинчатый инфильтрат в основании язвы
- b. полициклические очертания
- *с. блюдцеобразные края
- d. обильное гнойное отделяемое
- *е. «полированное» дно эрозии или язвы

381. У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СИФИЛИСОМ НЕ БЫВАЕТ:

- *а. лентикулярных папул туловища
- b. шанкра- панариция
- *с. сифилитической алопеции
- d. регионарного лимфаденита
- *е. папулезных сифилидов

382. УКАЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, С КОТОРЫМИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПАПУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА:

- *а. псориаз
- *b. остроконечные кондиломы
- *с. красный плоский лишай
- d. розовый лишай
- *е геморрой

383. НА КОЖЕ У БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНЫМ СИФИЛИСОМ МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВЫСЫПАНИЯ:

- a. сосудистые невоспалительные пятна
- *b. сосудистые воспалительные пятна
- *c. пигментные пятна
- *d. папулы
- *e. пустулы

384. УКАЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, С КОТОРЫМИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПУСТУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА:

- *a. вульгарное импетиго
- *b. вульгарные угри
- *c. вульгарная эктима
- d. вульгарная пузырчатка
- e. вульгарный псориаз

385. ДЛЯ ВТОРИЧНЫХ СИФИЛИДОВ ХАРАКТЕРНО:

- a. наличие островоспалительных явлений
- *b. отсутствие островоспалительных явлений
- c. болезненность
- *d. безболезненность
- *e. самопроизвольное исчезновение

386. ЭРИТЕМАТОЗНАЯ СИФИЛИТИЧЕСКАЯ АНГИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- *a. резкими границами
- b. болезненностью
- c. яркой гиперемией
- *d. безболезненностью
- e. наличием гнойных пробок

387. О ВОЗМОЖНОМ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ВТОРИЧНОГО РЕЦИДИВНОГО СИФИЛИСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ:

- *a. осиплость голоса
- *b. лейкодерма
- *c. широкие кондиломы
- *d. мелкоочаговая алопеция
- e. остатки твердого шанкра

388. ИЗ ВЫСЫПАНИЙ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА ЗАРАЗНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- *a. эрозивные папулы языка
- b. розеола туловища
- *c. широкие кондиломы вокруг ануса
- d. лейкодерма шеи
- e. роговые папулы ладоней и подошв

389. СИФИЛИТИЧЕСКУЮ РОЗЕОЛУ НАДО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- *а. с токсидермией
- b. красным плоским лишаем
- *с. розовым лишаем
- *d. отрубевидным лишаем

390. ПАПУЛЕЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ СИФИЛИСЕ БЫВАЮТ СЛЕДУЮЩИХ РАЗНОВИДНОСТЕЙ:

- *а. милиарные
- b. угревидные
- *с. нумулярные
- d. импетигиозные
- *е. вегетирующие

391. СИФИЛИДЫ ПРИ ВТОРИЧНОМ СИФИЛИСЕ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

- *а. высыпания, как правило, не сопровождаются субъективными ощущениями
- *b. в элементах отсутствуют признаки острого воспаления
- с. высыпания разрешаются с образованием рубцов
- *d. возможно самопроизвольное исчезновение высыпаний
- *е. сифилиды быстро регрессируют под влиянием противосифилитической терапии

392. ПАПУЛЕЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ СИФИЛИСЕ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ:

- *а. лентикулярные
- *b. себорейные
- *с. широкие кондиломы
- *d. псориазиформные
- *е. нумулярные

393. ПУСТУЛЕЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ СИФИЛИСЕ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ:

- *а. оспенновидные
- *b. угревидные
- *с. сифилитическая эктима
- d. сифилитическая гумма
- *е. сифилитическая рупия

394. ПРИ ВТОРИЧНОМ СИФИЛИСЕ МОГУТ ПОРАЖАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВНУТРЕННИЙ ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ:

- *а. костно-суставная система
- *b. сердечно-сосудистая система
- с. эндокринная система
- *d. нервная система
- *е. печень

395. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ВТОРИЧНОГО СВЕЖЕГО СИФИЛИСА ОТНОСЯТСЯ:

- *а. обильная розеола
- в. широкие кондиломы
- *с. твердый шанкр
- д. лейкодерма
- *е. полиаденит

396. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ВТОРИЧНОГО РЕЦИДИВНОГО СИФИЛИСА ОТНОСЯТСЯ:

- а. обильная розеола
- *в. широкие кондиломы
- с. твердый шанкр
- *д. лейкодерма
- *е. алопеция

397. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА ОТНОСЯТСЯ:

- *а. пятнистый сифилид
- в. бугорковый сифилид
- *с. папулезный сифилид
- д. гуммозный сифилид
- *е. пустулезный сифилид

398. ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ АНГИНЫ ХАРАКТЕРНЫ:

- а. разлитая ярко-красная эритема
- *в. застойная эритема с четкими границами
- с. резкая болезненность
- *д. безболезненность
- е. гнойные пробки

399. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА ОТНОСЯТСЯ:

- *а. остатки твердого шанкра
- *в. розеола
- *с. полиаденит
- *д. алопеция

400. ОКОНЧАНИЕМ ВТОРИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а. исчезновение розеолы
- *в. появление бугорков
- с. исчезновение папул
- *д. появление гумм
- е. исчезновение полиаденита

401. РОЗЕОЛА ВТОРИЧНОГО СВЕЖЕГО СИФИЛИСА
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- *а. обилием высыпанием
- в. крупными размерами
- *с. беспорядочным расположением
- д. тенденцией к группировке
- е. небольшим количеством высыпаний

402. РОЗЕОЛА ВТОРИЧНОГО РЕЦИДИВНОГО СИФИЛИСА
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- а. мелкими размерами
- *в. крупными размерами
- с. беспорядочным расположением
- *д. тенденцией к группировке
- *е. небольшим количеством высыпаний

403. ТРЕТИЧНЫЙ СИФИЛИС МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ:

- *а. бугорком
- в. сифилитической эктимой
- *с. гуммой
- *д. звездчатым рубцом
- е. полиаденитом

404. ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКИХ БУГОРКОВ ХАРАКТЕРНЫ:

- *а. синюшно-красная окраска
- в. ярко-красная окраска
- *с. изъязвление с последующим рубцеванием
- д. исчезновение без следов
- *е. плотноэластическая консистенция

405. К ТРЕТИЧНЫМ СИФИЛИДАМ ОТНОСЯТ:

- а. широкие кондиломы
- в. мелкоочаговые облысения
- с. папулы ладоней и подошв
- *д. сгруппированные бугорки
- *е. гумму твердого неба

406. ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКИХ ГУММ ХАРАКТЕРНЫ:

- а. мягковатая консистенция
- *в. плотноэластическая консистенция
- с. вскрытие с последующим образованием корок
- *д. вскрытие с последующим образованием язвы с гуммозным стержнем
- е. подрытые края

407. К ОСОБЕННОСТЯМ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА МОЖНО ОТНЕСТИ:

- *а. волнообразное течение
- *b. длительные сроки развития поражения
- *с. незначительное число бледных трепонем
- *d. ничтожную заразительность
- *е. развитие у ослабленных лиц

408. СИФИЛИТИЧЕСКИЕ БУГОРКИ БЫВАЮТ:

- *а. сгруппированные
- *b. серпигинирующие
- *с. площадкой
- d. генерализованные
- е. сфокусированные

409. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ:

- *а. безболезненные узлы
- b. обильная розеолезная сыпь туловища
- с. мелкоочаговое облысение
- d. лейкодерма
- *е. мозаичные рубцы

410. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ ТРЕТИЧНЫМ СИФИЛИСОМ НЕОБХОДИМЫ КОНСУЛЬТАЦИИ СЛЕДУЮЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ:

- а. стоматолога
- *b. невропатолога
- *с. окулиста
- d. хирурга
- *е. оториноларинголога

411. СИФИЛИТИЧЕСКИЙ БУГОРОК ЯВЛЯЕТСЯ:

- *а. инфекционной гранулемой
- b. папулезным доброкачественным образованием
- с. отеком сосочкового слоя дермы
- d. специфическим васкулитом
- *е. продуктивным воспалением

412. К ОСОБЕННОСТЯМ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:

- *а. наивысшее состояние инфекционной аллергии;
- *b. склонность к фиксации поражений на местах травм
- *с. низкую напряженность иммунитета
- d. отрицательный комплекс серологических реакций (КСР) у всех больных
- *е. положительный комплекс серологических реакций у 70% больных

413. ВЫСЫПАНИЯ ТРЕТИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

- a. самопроизвольным исчезновением без следов
- *b. изъязвлением с последующим рубцеванием
- c. высокой контагиозностью
- *d. повсеместностью поражений
- *e. слабой заразительностью

414. К ФАКТОРАМ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИМ ЗАРАЖЕНИЮ СИФИЛИСОМ, ОТНОСЯТСЯ:

- *a. прочность кожно-слизистого покрова
- *b. гигиеническая обработка гениталий после полового акта
- *c. использование дезинфицирующих средств
- *. использование презерватива
- e. использование 0,9% раствора натрия хлорида

415. ДЛЯ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ:

- *a. склонность проявлений к распаду с обширной деструкцией
- *b. продуктивный характер воспаления
- *c. повсеместность поражений
- d. острая воспалительная реакция
- *e. низкая контагиозность

416. К СИФИЛИДАМ ТРЕТИЧНОГО ПЕРИОДА ОТНОСЯТСЯ:

- a. папулы
- *b. бугорки
- c. лейкодерма
- *d. узлы
- e. пузыри

417. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

- *a. бугорки
- *b. рубцы
- *c. узлы
- *d. язвы
- e. папулы

418. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА ОТНОСЯТСЯ:

- *a. отсутствие или недостаточность специфического лечения
- *b. детский и старческий возраст
- *c. тяжелые сопутствующие заболевания
- *d. отягчающие местные условия и болезни
- *e. неполноценное питание

419. ИНФИЦИРОВАНИЕ ПЛОДА БЛЕДНЫМИ ТРЕПОНЕМАМИ ПРОИСХОДИТ:

- a. на 1-м месяце беременности
- b. на 2-м месяце беременности
- c. на 3-м месяце беременности
- *d. на 5-м месяце беременности
- e. на 9-м месяце беременности

420. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА:

- a. зубы Гетчинсона
- *b. пузырьчатка
- c. паренхиматозный кератит
- d. саблевидные голени
- e. специфический лабиринтит

421. МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ:

- a. культуральный
- b. нативная микроскопия с добавлением КОН
- c. культура клеток тканей
- d. микроскопия с окраской по Граму
- *e. нативная микроскопия в темном поле зрения

422. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА:

- *a. зубы Гетчинсона
- b. ягодицеобразный череп
- c. инфантильный мизинец
- d. седловидный нос
- e. саблевидные голени

423. УКАЖИТЕ СКРИНИНГОВЫЙ ТЕСТ:

- *a. реакция микропреципитации
- b. РИБТ
- c. РИФ
- d. реакция иммуноблотинга
- e. РСК

424. ЧЕРЕЗ КАКОЕ ВРЕМЯ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ТВЕРДОГО ШАНКРА СТАНОВИТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТ РЕАКЦИИ МИКРОПРЕЦИПИТАЦИИ :

- a. 5-7 дней
- *b. 2-3 недели
- c. 4-5 недель
- d. 6-7 недель
- e. 7-8 недель

425. ДЮРАНТНЫЙ ПРЕПАРАТ ПЕНИЦИЛЛИНА:

- a. эритромицин
- b. амоксициллин
- c. цефтриаксон
- d. бензилпенициллина натриевая соль
- *e. экстенциллин

426. У МУЖЧИНЫ, ИМЕВШЕГО ПОЛОВОЙ КОНТАКТ С БОЛЬНОЙ
ВТОРИЧНЫМ РЕЦИДИВНЫМ СИФИЛИСОМ, ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЧЕРЕЗ 2
НЕДЕЛИ КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЗА СИФИЛИС НЕ
ВЫЯВЛЕНО. КАКОВА ТАКТИКА:

- a. проводить клинико-серологический контроль в течение 2 месяцев
- b. провести пробное лечение
- c. провести лечение по схеме вторичного рецидивного сифилиса
- *d. провести превентивное лечение
- e. провести лечение по схеме первичного серонегативного сифилиса

427. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
БЕНЗИЛПЕНИЦИЛЛИНОМ

- a. некроз на месте инъекции
- *b. анафилактический шок
- c. эмболия легкого
- d. нефропатия
- e. полиневриты

428. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ДЕТЕЙ
ГРУДНОГО ВОЗРАСТА:

- *a. сифилитический ринит
- b. мозаичные рубцы
- c. аксифоидия
- d. готическое небо
- e. специфический лабиринтит

429. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ ПРИ ПОЗДНЕМ
ВРОЖДЕННОМ СИФИЛИСЕ:

- a. розеолы, папулы
- b. пустулы, бугорки
- *c. бугорки, гуммы
- d. папулы, гуммы
- e. пузыри, пустулы

430. КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ПРИЗНАКОВ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНЫМ:

- a. саблевидные голени
- b. рубцы Робинзона-Фурнье
- c. хориоретинит
- d. седловидный нос
- *e. паренхиматозный кератит

431. ЗУБЫ ГЕТЧИНСОНА:

- a. поражение клыков
- b. поражение первого моляра
- *c. поражение верхних центральных резцов
- d. относятся к дистрофическим стигмам
- e. широко расставленные резцы

432. ПРЕПАРАТ ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ТВЕРДОГО ШАНКРА ПЕРЕД ИССЛЕДОВАНИЕМ НА БЛЕДНУЮ ТРЕПОНЕМУ:

- a. 2% раствор борной кислоты
- b. 0,02% раствор фурацилина
- *c. 0,9% раствор хлорида натрия
- d. 0,05% раствор хлоргексидина
- e. 10% раствор хлорида натрия

433. К ТРЕПОНЕМНЫМ (СПЕЦИФИЧЕСКИМ) ТЕСТАМ ОТНОСЯТСЯ:

- *a. РИБТ, ИФА, РНГА, РИФ
- b. ИФА, РНГА, RPR, VDRL
- c. РИФ, РИБТ, МРП, ИФА
- d. РИФ, ИФА, RPR, МРП
- e. РНГА, RPR, РИФ, РИБТ

434. ПРЯМОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА:

- a. ИФА
- b. РНГА
- *c. ПЦР
- d. МРП
- e. RPR

435. ПРЕПАРАТ РЕЗЕРВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА:

- a. новокаиновая соль пенициллина
- b. ципрофлоксацин
- *c. доксициклин
- d. натамицин
- e. метронидазол

436. ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ В СИФИЛИДОЛОГИИ:

- *а. специфическое, превентивное, профилактическое
- б. пробное, специфическое, поддерживающее
- с. превентивное, профилактическое, поддерживающее
- д. противорецидивное, превентивное, пробное
- е. специфическое, пробное, противорецидивное

437. СРОКИ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ
РАННИХ ФОРМ СИФИЛИСА:

- а. до негативации РМП
- б. 3 месяца с момента негативации РМП
- *с. 6 месяцев с момента негативации РМП
- д. до негативации ИФА
- е. 6 месяцев с момента негативации ИФА

438. ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС СЕРОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ
(КСР) В ТРЕТИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- а. у 100% больных
- б. 70% больных
- с. 50% больных
- *д. 30% больных
- е. 10% больных

439. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВЕНЕРИЧЕСКИХ НАИБОЛЕЕ
ЭФФЕКТИВНА, ЕСЛИ ОНА ПРОВЕДЕНА ПОСЛЕ ПОЛОВОГО, КОНТАКТА
НЕ ПОЗДНЕЕ ЧЕМ:

- а. через 12 ч
- б. 24ч
- с. 6ч
- *д. 2ч
- е. 48 ч

440. В СЛУЧАЕ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТОВ ПЕНИЦИЛЛИНА
НАЗНАЧАЮТ ЛЕЧЕНИЕ:

- *а. эритромицином
- б. препаратами висмута
- с. пирогеналом
- д. ретарпенем
- е. кибитаном (хлоргексидина биглюконат)

441. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ АНТИБИОТИК:

- а. роцефин
- б. тетрациклин
- с. ретарпен
- *д. авелокс
- е. пенициллин

442. ТРЕПОНЕМОЦИДНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ ПРЕПАРАТЫ:

- a. висмута
- b. мышьяка
- c. йода
- d. ртути
- *e. пенициллина

443. ДЮРАНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПЕНИЦИЛЛИНА (РЕТАРПЕН, ЭКСТЕНЦИЛЛИН) ПРИМЕНЯЮТСЯ ВО ВСЕХ СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ:

- a. превентивного лечения
- *b. лечения нейросифилиса
- c. лечения первичного сифилиса
- d. профилактического лечения
- e. лечения вторичного свежего сифилиса

444. ВНУТРИУТРОБНОЕ ЗАРАЖЕНИЕ ПЛОДА НЕВОЗМОЖНО, ЕСЛИ БЕРЕМЕННАЯ БОЛЬНА:

- a. Висцеральным сифилисом, первичным сифилисом, поздним скрытым сифилисом
- b. Вторичным сифилисом, третичным сифилисом, поздним врожденным сифилисом
- c. Нейросифилисом, ранним скрытым сифилисом, третичным сифилисом
- d. Ранним скрытым сифилисом, вторичным сифилисом, висцеральным сифилисом
- *e. Третичным сифилисом, нейросифилисом, поздним скрытым сифилисом

445. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАННЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ВКЛЮЧАЮТ:

- a. Сифилитическую пузырчатку, зубы Гетчинсона, диффузную папулезную инфильтрацию Хохзингера
- *b. Папулезную сыпь туловища, сифилитическую пузырчатку, сифилитический ринит
- c. «Саблевидные голени», сифилитическую пузырчатку, «псевдопаралич» Парро
- d. Остеохондриты, папулезную сыпь туловища, сифилитический лабиринтит

446. КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВКЛЮЧАЕТ «ТРИАДА ГЕТЧИНСОНА»?

- a. Симптом Робинсона–Фурнье, сифилитический лабиринтит, зубы Гетчинсона
- b. Сифилитический лабиринтит, паренхиматозный кератит, симптом Авситидийского
- c. Аксифоидизм, «саблевидные голени», симптом Робинсона–Фурнье.
- *d. Паренхиматозный кератит, зубы Гетчинсона, сифилитический лабиринтит
- e. Зубы Гетчинсона, симптом Робинсона–Фурнье, паренхиматозный кератит

447. В КАКОМ ВАРИАНТЕ ПЕРЕЧИСЛЕНЫ ПРИЗНАКИ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА?

a. Сифилитическая пузырчатка, диффузная папулезная инфильтрация Хохзингера, папулезная сыпь туловища

*b. Бугорковые и гуммозные сифилиды, деформации зубов, аксифоидизм

c. Деформации черепа, «кисетообразные» моляры, «псевдопаралич» Парро

d. Деформации зубов, сифилитический ринит, симптом Авситидийского

e. Папулезная сыпь туловища, сифилитическая пузырчатка, «инфантильный» мизинец Дюбуа

448. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЛИ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ПЕРВИЧНОГО СИФИЛИСА ПРИМЕНЯЮТ:

*a. комплекс серологических реакций (КСР)

b. исследование спинномозговой жидкости

*c. исследование тканевой жидкости эрозивно-язвенных поражений на бледную трепонему

d. посев крови на бледную трепонему

*e. метод конфронтации

449. УКАЖИТЕ МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЛИ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ПЕРВИЧНОГО СИФИЛИСА:

*a. комплекс серологических реакций (КСР)

*b. исследование тканевой жидкости эрозивно-язвенных поражений на бледную трепонему

*c. конфронтация

d. исследование спинномозговой жидкости

*e. исследование пунктата регионарных лимфоузлов на бледную трепонему

450. ПРИ ПЕРВИЧНОМ СИФИЛИСЕ БЛЕДНАЯ ТРЕПОНЕМА МОЖЕТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНА:

*a. при исследовании в тёмном поле тканевого сока шанкра

b. в спинномозговой жидкости

*c. в пунктате из регионарного лимфатического узла

d. в слюне

e. в моче

451. У БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНЫМ СИФИЛИСОМ МОГУТ БЫТЬ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ СЛЕДУЮЩИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ:

*a. комплекс серологических реакций (КСР)

*b. реакция иммунофлюоресценции (РИФ)

*c. реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ)

*d. реакция пассивной гемагглютинации (РПГА)

*e. реакция микропреципитации

452. БОЛЬНОМУ С РЕЗКОПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ РЕАКЦИЯМИ НА СИФИЛИС ПРИ ОТСУТСТВИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МОГУТ БЫТЬ ВЫСТАВЛЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ДИАГНОЗЫ:

- *а. сифилис скрытый ранний
- б. сифилис первичный серопозитивный
- *с. сифилис скрытый неуточненный
- д. сифилис обезглавленный
- *е. сифилис скрытый поздний

453. ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В ЧАСТНОСТИ СИФИЛИСА, МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

- *а. мирамистин
- *б. цидипол
- *с. хлоргексидина биглюконат
- д. 10% раствор хлорида натрия
- е. Раствор перманганата калия

454. К ДЮРАНТНЫМ АНТИБИОТИКАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА ОТНОСЯТ:

- а. суламед
- *б. бициллин
- с. таривид
- *д. экстенциллин
- е. роцефин

455. В НАЧАЛЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ДИАГНОЗОМ СИФИЛИТИЧЕСКОГО АОРТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ, МОЖНО ПРИМЕНИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

- а. пенициллин
- *б. доксициклин
- с. ретарпен
- *д. эритромицин
- е. бициллин-3

456. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ, ОТНОСЯТСЯ:

- *а. препараты пенициллина
- б. пирогенные препараты
- *с. цефалоспорины
- д. витамины
- е. иммуномодуляторы

457. ТРЕПОНЕМОЦИДНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

- *а. антибиотики пенициллинового ряда
- в. препараты висмута
- *с. антибиотики тетрациклинового ряда
- д. препараты йода
- е. препараты ртути

458. ПРИ СНЯТИИ БОЛЬНОГО СИФИЛИСОМ С КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКОГО УЧЕТА НЕОБХОДИМО ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОБ ОТСУТСТВИИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ:

- *а. от терапевта
- *в. окулиста
- *с. невропатолога
- *д. оториноларинголога
- е. уролога

459. ПРЕВЕНТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТУ, ИМЕВШЕМУ ПОЛОВОЙ КОНТАКТ С БОЛЬНОЙ СИФИЛИСОМ ЖЕНЩИНОЙ, НАЗНАЧАЕТСЯ, ЕСЛИ ПОСЛЕ КОНТАКТА ПРОШЛО:

- а. 3 мес.
- *в. 1-2 нед.
- с. более 2 мес.
- *д. до 2 мес.
- е. 6 мес.

460. КРИТЕРИЯМИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ СИФИЛИСА ЯВЛЯЮТСЯ:

- *а. проведенное полноценное лечение
- *в. благополучный период клинико-серологического наблюдения
- *с. отсутствие признаков сифилиса при обследовании по всем органам и системам
- д. отрицательная реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ)
- е. отрицательная реакция иммунофлюоресценции (РИФ)

461. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ГОНОРЕИ:

- а. нативная микроскопия, культуральный метод
- в. микроскопия окрашенных препаратов, двухстаканная проба
- *с. микроскопия окрашенных препаратов, культуральный метод
- д. культуральный метод, серологическая диагностика
- е. нативная микроскопия, серологическая диагностика

462. ГОНОРЕЯ: ОСТРЫЙ ПЕРЕДНИЙ УРЕТРИТ:

- а. терминальная гематурия
- в. частые позывы на мочеиспускание
- с. двухстаканная проба: изменение второй порции мочи
- *д. боль в начале мочеиспускания
- е. симптомы общей интоксикации

463. В КАКИХ МИКРООРГАНИЗМАХ МОГУТ ПЕРСИСТИРОВАТЬ ГОНОКОККИ:

- a. в хламидиях
- b. в микоплазмах
- c. в бледной трепонеме
- *d. в трихомонадах
- e. в грибах Candida

464. К КАКОМУ ТИПУ МИКРООРГАНИЗМОВ ОТНОСЯТСЯ ХЛАМИДИИ:

- a. простейшие
- b. грибы
- *c. бактерии
- d. вирусы
- e. риккетсии

465. ДИАГНОСТИКА ХЛАМИДИОЗА:

- *a. ПЦР
- b. цитологический метод
- c. микроскопия мазков в темном поле
- d. микроскопия мазков, окрашенных по Граму
- e. микрореакция преципитации

466. ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛЕМЕНТАРНЫХ ТЕЛЕЦ ХЛАМИДИЙ:

- a. метаболически активны
- b. высоко чувствительны к антибиотикам
- *c. инфекционны,
- d. неинфекционны
- e. внутриклеточная форма хламидий

467. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА ХЛАМИДИЙ:

- *a. 48-72 часа
- b. 6-12 часов
- c. 72-96 часов
- d. 12-48 часов
- e. 24-72 часа

468. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ:

- a. микроскопия окрашенных препаратов
- b. нативная микроскопия
- c. ИФА
- *d. ПЦР
- e. РСК

469. ДЛЯ ТЕРАПИИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ
ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТ:

- *а. доксициклин
- с. метронидазол
- d. нистатин
- е. дибазол

470. ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА:

- *а. орнидазол
- b. цефтриаксон
- с. дифлюкан
- d. ламизил
- е. джозамицин

471. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД
ОКРАШИВАНИЯ ГОНОКОККОВ ПРИ МИКРОСКОПИИ:

- a. по Романовскому - Гимзе
- b. метиленовым синим
- *с. по Граму
- d. по Циль - Нильсону
- е. фуксином

472. ВОЗМОЖНОЕ(ЫЕ) ОСЛОЖНЕНИЕ(Я) ТОТАЛЬНОГО ГОНОРЕЙНОГО
УРЕТРИТА:

- a. литтреит
- b. простатит
- с. цистит
- d. эпидидимит
- *е. все перечисленное

473. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГОНОРЕИ:

- a. цефтриактон, флуконазол
- *b. цефтриаксон, спектиномицин
- с. ламизил. флуконазол
- d. цефтриаксон, джозамицин
- е. спектиномицин, итраконазол

474. УСТАНОВЛЕНИЕ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОРЕИ КУЛЬТУРАЛЬНЫМ
МЕТОДОМ ПРОВОДЯТ:

- a. через 2 дня после лечения
- b. через 7 дней после лечения
- с. через 10 дней после лечения
- *d. через 14 дней после лечения
- е. через 1 месяц после лечения

475. ПЕРВИЧНЫЙ (ЫЕ) ОЧАГ(И) ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ:

- a. уретра
- b. прямая кишка
- c. носоглотка
- d. конъюнктура
- *e. все ответы правильные

476. ХАРАКТЕРИСТИКА РЕТИКУЛЯРНЫХ ТЕЛЕЦ ХЛАМИДИЙ:

- *a. располагаются внутриклеточно, чувствительны к антибиотикам
- b. метаболически неактивны, располагаются внеклеточно
- c. метаболически неактивны, нечувствительны к антибиотикам
- d. располагаются внеклеточно, чувствительны к антибиотикам
- e. располагаются внеклеточно, инфекционны

477. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА:

- a. цефтриактон, джозамицин
- b. доксициклин, спектиномицин
- *c. доксициклин, джозамицин
- d. ламизил, флуконазол
- e. джозамицин, итраконазол

478. TRICHOMONASVAGINALIS ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ:

- a. риккетсий
- b. сапрофитов
- c. вирусов
- d. бактерий
- *e. простейших

479. ПАТОГЕННЫЙ МИКРООРГАНИЗМ:

- a. *Ureaplasma urealyticum*
- *b. *Mycoplasma genitalium*
- c. *Mycoplasma hominis*
- d. *Candida albicans*
- e. *Gardnerella vaginalis*

480. УСТАНОВЛЕНИЕ ИЗЛЕЧЕННОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА МЕТОДОМ ПЦР ПРОВОДЯТ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ:

- a. 7 дней
- b. 14 дней
- *c. 1 месяц
- d. 2 месяца
- e. 3 месяца

481. К ВАМ НА ПРИЕМ ОБРАТИЛСЯ ПАЦИЕНТ, 26 ЛЕТ, С ЖАЛОБАМИ НА ОБИЛЬНЫЕ ГНОЙНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ УРЕТРЫ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ РЕЗЯМИ ВО ВРЕМЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ, ПОЯВИВШИЕСЯ ЧЕРЕЗ 6 ДНЕЙ ПОСЛЕ СЛУЧАЙНОГО ПОЛОВОГО КОНТАКТА. ПРИ МИКРОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОТДЕЛЯЕМОГО С ОКРАСКОЙ ПО ГРАМУ И МЕТИЛЕНОВЫМ СИНИМ НА ФОНЕ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ЛЕЙКОЦИТОЗА ОБНАРУЖЕНЫ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЕ ДИПЛОКОККИ И ЖГУТИКОВЫЕ ПРОСТЕЙШИЕ. ВАШ ДИАГНОЗ:

- а. Гонорейный уретрит
- б. Бактериальный уретрит
- *в. Смешанный трихомонадно-гонорейный уретрит
- г. Трихомонадный уретрит
- д. Урогенитальный хламидиоз

482. БОЛЬНОМУ ОСТРЫМ ГОНОРЕЙНЫМ ОРХОЭПИДИДИМИТОМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- а. Исследование секрета простаты
- б. Клинический анализ крови
- *в. Исследование отделяемого уретры на наличие других патогенных возбудителей
- г. Клинический анализ мочи
- д. Двухстаканная проба мочи

483. ПРИ ОСТРОЙ И ПОДОСТРОЙ ФОРМАХ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ:

- а. Гоновакциной
- б. Местными процедурами
- *в. Антибиотиками
- г. Трихополом
- д. Пирогеналом

484. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АУТОРЕЦИДИВОВ ГОНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ АССОЦИАЦИЯ ГОНОКОККОВ:

- а. С хламидиями
- б. Дрожжевые грибы
- *в. Трихомонадами
- г. Уреаплазмами
- д. Гарднереллами

485. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫМИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГОНОКОККОВ ЯВЛЯЮТСЯ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ, ВЫСТЛАННЫЕ:

- а. Многослойным плоским неороговевающим эпителием
- б. Переходным эпителием
- *в. Цилиндрическим эпителием
- г. Многослойным плоским ороговевающим эпителием
- д. Гарднереллами

486. С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У ЖЕНЩИН ИССЛЕДУЕТСЯ СОСКОБ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ:

- а. Уретры и заднего свода влагалища
- б. Уретры и цервикального канала
- в. Цервикального канала и прямой кишки
- г. Уретры
- *д. Уретры, цервикального канала и прямой кишки

487. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С ГОНОРЕЙНО- ТРИХОМОНАДНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ МОГУТ БЫТЬ ПРИМЕНЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ:

- а. Сначала лечение гонореи, затем трихомониаза
- *б. Сначала лечение трихомониаза, затем гонореи
- с. Лечение только гонореи
- *д. Одновременно лечение обеих инфекций
- е. Сочетание системной терапии и физиотерапевтического лечения

488. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, СОСТАВЛЯЮЩИЕ КАРТИНУ УРЕТРИТА НЕЗАВИСИМО ОТ ЕГО ЭТИОЛОГИИ:

- *а. Выделение из уретры
- *б. Чувство рези или жжения при мочеиспускании
- *с. Гиперемия и отечность губок уретры
- *д. Осадок или помутнение мочи
- е. Зуд мошонки

489. ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СЛЕДУЮЩИХ БОЛЕЗНЕЙ:

- *а. Цервицита
- *б. Простатита
- *с. Уретрита
- *д. Конъюнктивита
- е. Моноартрита

490. ДИАГНОЗУ ГОНОРЕЙНОГО УРЕТРИТА СООТВЕТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ:

- а. Эта инфекция поражает только мужчин
- *б. В клинической картине преобладают обильные гнойные выделения из уретры и боли при мочеиспускании
- с. При лечении эффективны препараты из группы имидазола
- *д. При лечении эффективны антибиотики цефалоспоринового ряда
- е. Диагноз выставляется на основании клинической картины и не требуют лабораторного подтверждения

491. ДЛЯ УРЕТРИТА ТРИХОМОНАДНОЙ ПРИРОДЫ СПРАВЕДЛИВЫ СЛЕДУЮЩИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ

- *а. Закономерно половой путь заражения
- *b. Клиническая картина банального уретрита
- *с. Обнаружение простейших жгутиковых в отделяемом из уретры
- *d. Терапевтическая эффективность препаратов из группы имидазола
- е. Преимущественно болеют женщины

492. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ УРЕТРИТАМИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПРИРОДЫ, НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- *а. Взятие мазков из уретры
- б. Цистоскопическое исследование
- *с. Исследование крови на комплекс серологических реакций (КСР)
- d. Биохимическое исследование крови
- *е. Конфронтация

493. В СЛУЧАЕ ДОКАЗАННОСТИ У ПАЦИЕНТА ТРИХОМОНАДНОЙ ПРИРОДЫ УРЕТРИТА ЛЕЧЕНИЕ МОЖНО ПРОВОДИТЬ СЛЕДУЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ:

- а. Тетрациклином
- *b. Орнидазолом
- с. Нистатином
- *d. Тинидазолом
- е. Ацикловиром

494. ВОЗБУДИТЕЛЬ ГОНОРЕИ – ГОНОКОКК- ОТНОСИТСЯ-

- а. К парным коккам грамположительным
- б. Парным коккам грамвариабельным
- *с. Парным коккам грамотрицательным
- d. Коккобациллам грамотрицательным
- е. Коккобациллам грамвариабельным

495. ПОКАЗАНИЯМИ К ТОТАЛЬНОЙ УРЕТРОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ ПОДОЗРЕНИЯ НА ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ В ВИДЕ:

- *а. Хронического простатита
- *b. Хронического уретрита
- *с. Литтреита
- *d. Импотенции
- е. Острого простатита

496. БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ГОНОКОККОВ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКАХ:

- *а. Парность кокков
- б. Грамположительность
- *с. Грамотрицательность
- d. Наличие макрофагов в мазке
- *е. Внутривейкоцитарное расположение возбудителя

497. СВЕЖИЙ ОСТРЫЙ ПЕРЕДНИЙ УРЕТРИТ ГОНОРЕЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ:

- *а. Обильные гнойные выделения из уретры
- б. Наличие гнойных нитей в 1-й и 2-й порциях мочи
- *с. Болезненность при мочеиспускании
- д. Развитие гонорейного моноартрита
- *е. Гиперемия губок наружного отверстия уретры

498. ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ В ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА ДОЛЖНО ПРЕДУСМАТРИВАТЬ:

- *а. Дезинтоксикационную терапию
- б. Иммунокоррекцию
- *с. Гипосенсибилизирующую терапию
- д. Физиотерапевтические процедуры
- *е. Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов

499. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ГОНОРЕЙНО-ХЛАМИДИЙНО-УРЕАПЛАЗМЕННУЮ ИНФЕКЦИЮ ЯВЛЯЮТСЯ:

- *а. Бесплодный брак
- б. Нарушение функций щитовидной железы
- *с. Патология беременности
- д. Планируемая госпитализация
- *е. Хронические воспалительные заболевания органов малого таза

500. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ГОНОРЕИ ГЛАЗ ЯВЛЯЮТСЯ:

- *а. Отек век
- б. Экзофтальм
- *с. Светобоязнь, гноетечение
- д. Древоподобный конъюнктивит
- *е. Распадающаяся язва в роговой оболочке

501. ХАРАКТЕРНЫМИ ЖАЛОБАМИ И СИМПТОМАМИ ОСТРОЙ ГОНОРЕИ У ДЕВОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- *а. Учащенное болезненное мочеиспускание
- б. Везикулезные высыпания на наружных половых органах
- *с. Гнойные выделения из половой щели
- д. Лихорадка, лимфаденопатия
- *е. Гиперемия наружных половых органов

502. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОРЕИ КУЛЬТУРАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ПРОВОДЯТ В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ :

- *а. через 14 дней
- б. через 7 дней
- с. через 1 месяц
- д. через 2 месяца
- е. через 3 месяца

503. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГОНОРЕИ И ТРИХОМОНИАЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

- a. Иммунофлюоресценция
- b. Световая микроскопия с окраской метиленовым синим
- *c. Полимеразная цепная реакция
- *d. Культуральный метод
- e. Серологические тесты

504. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХЛАМИДИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. Непрямая иммунофлюоресценция
- b. Световая микроскопия
- *c. Полимеразная цепная реакция
- d. Серологические тесты
- e. Прямая иммунофлюоресценция

Клинические задачи

Задача 1

На прием к врачу обратился больной К.. сварщик, с жалобами на высыпания в области лица, чувство «покалывания» в очагах поражения.

Из анамнеза: болен в течение 2х лет. Процесс медленно прогрессирует: площадь поражения увеличивается, на фоне эритемы появляются плотные, белого цвета чешуйки. Ухудшение отмечает в летнее время года и при переохлаждении в зимнее время. Самолечением отрицает, за медицинской помощью не обращался.

Объективно: кожный процесс локализуется в области лица, на коже носа. Щек в виде «бабочки», очаги также имеются в области лба, красной каймы губ и подбородка. Очаги представлены эритемой с четкими границами, в пределах эритемы умеренно выраженная инфильтрация. На поверхности очага плотно сидящие чешуйки, связанные с устьями волосяных фолликулов (фолликулярный гиперкератоз). По периферии очагов – телеангиоэктазии, в центре – атрофия кожи.

Диагноз? Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? Наметить план лечебно-профилактических мероприятий.



Задача 2

Больная А.. 56 лет, обратилась к дерматологу с жалобами на отек и высыпания на коже лица, сопровождающиеся слабым зудом и болезненностью.

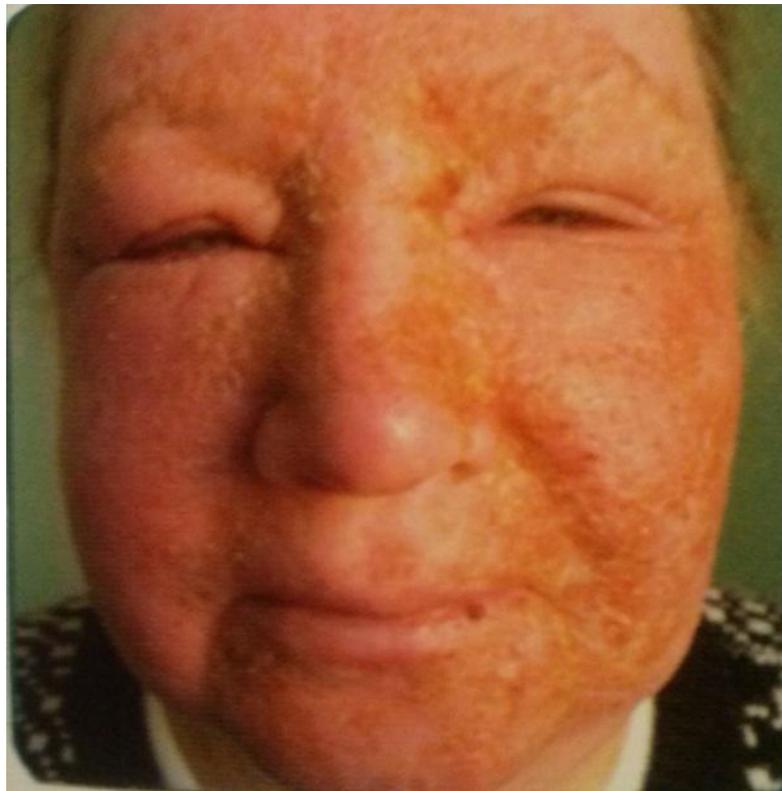
Из анамнеза: считает себя больной в течение 2х дней, когда через несколько часов после применения новой косметической маски для лица, появился отек и высыпания на коже лица, самостоятельно применяла детский кем – без эффекта.

Объективно: кожный процесс локализуется в области лица. Очаг эритемы с нечеткой границей занимает всю поверхность лица, выражен отек век; на этом фоне определяются скопления мелких эрозий, мелких воспалительных папул, местами скопления серозных корочек.

Ваш предположительный диагноз?

Дифференциальный диагноз.

Тактика врача.



Задача 3

Больная К., 60 лет, пенсионерка, предъявляет жалобы на высыпания в области правой кисти, сухость, шелушение кожи стоп, изменение ногтевых пластинок стоп. Изменения кожи стоп в течение пяти лет. Очаг в области кисти в течение месяца, за этот период увеличился в размерах. Субъективно высыпания не беспокоят.

Из сопутствующих заболеваний - Сахарный диабет.

Объективно: в области нижней трети правого предплечья с переходом на тыл кисти имеется эритематозно-сквамозный очаг с умеренной инфильтрацией, выраженной по периферии в виде валика, со скоплением узелков, чешуек и корочек. Кожа подошв сухая, застойно гиперемирована, по кожному рисунку выражено муковидное шелушение. Ногтевые пластинки утолщены, желтого цвета, крошатся

Предположительный диагноз? Что необходимо для подтверждения диагноза? Лечение. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при лабораторном подтверждении микоза.



Задача 4

На прием к врачу обратилась женщина 26 лет, экономист, с жалобами на высыпания по всему телу, постоянный сильный зуд.

Анамнез. Считает себя больной с грудного возраста. Наблюдалась у дерматолога с диагнозом: Детская экзема. Высыпания локализовались в области щек в виде покраснения, пузырьков, мокнутия, корочек. В школьном и во взрослом возрасте высыпания локализовались преимущественно в области локтевых и коленных сгибов, запястий и шеи. Обострения 2-3 раза в год. Отмечает улучшение летом. Обострения связывает с нервным стрессом, нарушением диеты (шоколад, цитрусовые, орехи).

Сопутствующие заболевания: атопический ринит, конъюнктивит. Лямблиоз. Дисбактериоз. Мать с детства болеет экземой.

Объективно: кожный процесс распространенный, симметричный, локализуются преимущественно в локтевых и подколенных сгибах, а так же на лице, шее и воротниковой зоне, представлен эритематозно-сквамозными очагами без четких границ. На фоне эритемы и инфильтрации имеются мелко-пластинчатые чешуйки, эскориации - геморрагические корочки, по периферии очагов лихеноидные папулы.. В области локтевых и коленных сгибов, запястий, шеи заметна лехинификация, кожа утолщена, выражен кожный рисунок. Отмечается гиперпигментация и лихенификация век, сухость красной каймы губ – хейлит, заеды. Ногтевые пластинки на кистях – «отполированы». Дермографизм стойкий белый.

Предварительный диагноз. Наметить план лечебных мероприятий.



Задача 5

На прием обратился больной А., 45 лет, с жалобами на высыпания на коже туловища и правого бедра, сильные боли по ходу высыпаний, иррадиирующие в область крестца и правого бедра, подъем температуры до 38 С, общую слабость, головную боль.

Болен в течение двух дней. В анамнезе частые простудные заболевания.

Объективно: На коже правой половины поясницы с переходом на бедро на фоне гиперемии, пастозности располагаются тесно сгруппированные пузырьки с серозным содержимым. На некоторых участках кожи они сливаются между собой, образуя очаги с фестончатыми очертаниями. Часть пузырьков вскрылась, образовав эрозии.

Диагноз, его обоснование? Наметить план лечебно-профилактических мероприятий.



Задача 6

На прием к дерматологу обратилась мать с мальчиком 10 лет с жалобами на незначительный зуд, высыпаниями в области туловища.

Ребенок болен 2 недели. Первоначально высыпания появились в правой подмышечной области, быстро распространились по периферии. На коже туловища отмечались пузыри с дряблой покрывкой, с быстрым формированием слоистых желтых корок. Мать смазывала кожу преднизалоновой мазью, делала ванны с ромашкой.

Объективно: На коже туловища ассиметрично, захватывая правую подмышечную область, располагается очаг с фестончатым краем, с резкой границей, покрытый слоистыми желтыми корками, по периферии ободок эритемы, отсевы в виде аналогичных отдельных мелких очагов.

Диагноз, его обоснование. Наметить план лечебно-профилактических мероприятий.



Задача 7

Девочка 3 лет, посещает дошкольное учреждение, беспокоит зуд по всему кожному покрову, особенно в ночное время. Мама отмечает усиление жалоб за последние двое суток, в связи, с чем обратились к врачу.

Объективно: на коже живота, предплечий, кистей, бедер, имеются мелкие воспалительные папулы, располагающиеся попарно. Множественные точечные эскориации, геморрагические корочки. Геморрагические корки в области локтей.

Предположительный диагноз. Наметить план лечебно-профилактических мероприятий.



Задача 8

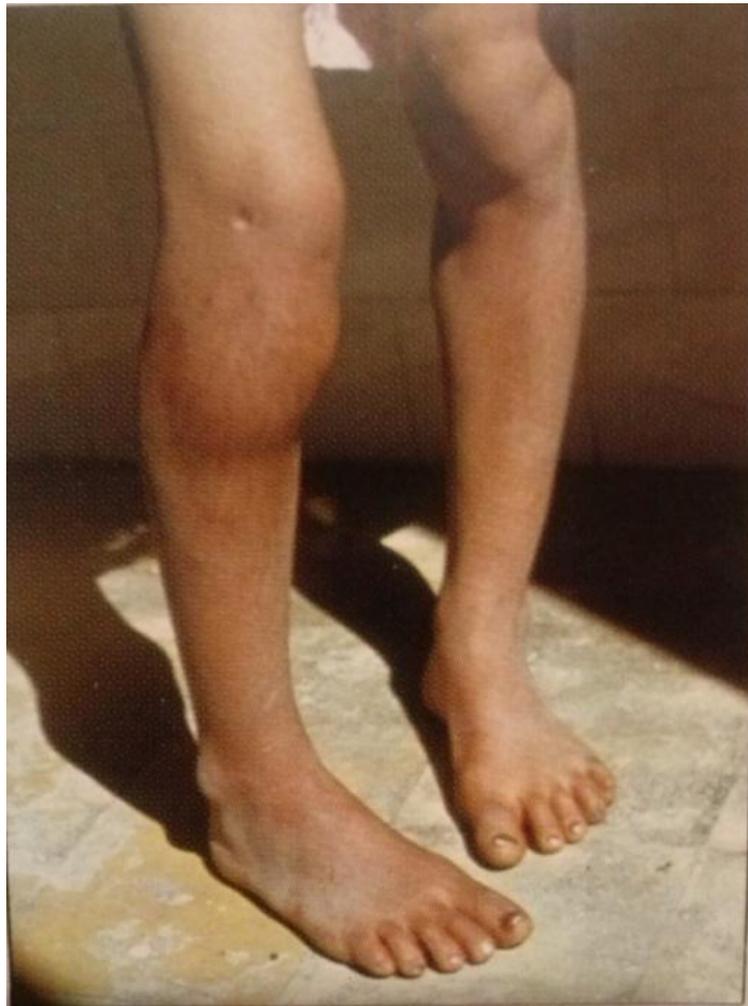
На прием к врачу родители привели девочку 6 лет. Они обеспокоены неправильным развитием костей нижних конечностей, частыми головными болям и недостаточным развитием интеллекта.

Из анамнеза: Родилась вне акушерского стационара, развивалась, не отставая в физическом развитии от сверстников. Часто болела простудными заболеваниями, устанавливался диагноз «рахит».

Объективно: кожный покров без высыпаний. Лимфоузлы не увеличены. Обращают на себя внимание деформированные нижние конечности (искривление голени кпереди). Интеллект не соответствует возрасту. Снижена память.

Ваш предположительный диагноз?

Тактика для его подтверждения.



Задача 9

Больной Н. 35 лет, обратился к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже туловища, субъективно не беспокоят.

Было проведено серологическое исследование крови - РМП – 4+ в титре 1:4

Объективно: на коже туловища, преимущественно боковой поверхности крупная розеолезная сыпь бледно-розового цвета, необильная, местами склонна к группировке. Также имеются единичные лентикулярные папулезные элементы желтовато-красного цвета.

Поставьте предварительный диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?



Задача 10

На прием к врачу обратился больной Е., 28 лет, водитель такси, с жалобами на выпадение волос на голове, бровях.

Анамнез: впервые обратил внимание на выпадение волос неделю назад. Волосы выпадают очагами. Данный процесс ни с чем не связывает. Сопутствующих заболеваний не имеет.

Объективно: на коже волосистой части головы в области затылка и висков многочисленные мелкие очаги поредения и выпадения волос, округлых очертаний без воспалительных явлений и шелушения в них (пораженные участки напоминают мех изъеденный молью).

Ваш предположительный диагноз.

Дифференциальный диагноз.

Алгоритм обследования.



Задача 11

На прием к врачу обратился больной Н.. 36 лет, строитель, с жалобами на высыпания в области подошв и ладоней.

Анамнез: не женат, свое заболевание ни с чем не связывает. Высыпания появились неделю назад. Субъективных ощущений нет. Сопутствующих заболеваний не имеет.

Объективно: на коже ладоней и подошв имеются множественные папулы, не возвышающиеся над общим уровнем кожи, застойно-красного цвета, покрытые скоплениями роговых чешуек. При пальпации определяются выраженная плотность. Некоторые из папул на поверхности имеют плотные роговые массы.

Ваш предположительный диагноз.

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать заболевание.

Алгоритм обследования.



Задача 12

Больная Ю., 17 лет, обратилась с жалобами на слабость, снижение работоспособности, боли в суставах, костях. Наличие многочисленных высыпаний на коже.

Анамнез: Высыпания на коже туловища появились неделю назад. Им предшествовали адинамия, боли в мышцах, суставах (усиливающиеся в ночное время). На следующий день после появления высыпаний больная обратилась к педиатру, который поставил диагноз «токсикодермия неясного генеза» и предложил явиться повторно через 3 дня. За это время количество высыпаний увеличилось. Сопутствующие заболевания: холецистит.

Объективно: на коже туловища многочисленные розеолезные высыпания, округлых очертаний с резкими границами. Обращает на себя внимание отсутствие склонности к слиянию, розово-красная окраска; не шелушатся, при надавливании сыпь исчезает. Наибольшая выраженность розеола отмечается на боковых поверхностях туловища. Доступные пальпации лимфоузлы увеличены, безболезненные, плотно-эластичной консистенции, не спаяны с окружающими тканями.

Ваш предположительный диагноз. Алгоритм обследования.

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать заболевание.



Задача 13

Больной Т., 26 лет, не женат, обратился к дерматовенерологу с жалобами на язвочку на нижней губе, субъективно не беспокоит.

Анамнез: язва появилась примерно 2 месяца назад, самостоятельно применял мазь «Ацикловир», без эффекта.

Объективно: на слизистой нижней губы с переходом на красную кайму - язва округлых очертаний, размером – 1 см в диаметре, мясо-красного цвета, в области красной каймы нижней губы язва покрыта серозной коркой, при пальпации в основании язвы определяется плотный инфильтрат, не выходящий за ее пределы, безболезненный.

Предположительный диагноз.

Дифференциальный диагноз.

Алгоритм обследования.



Задача 14

В стационар поступила больная А., 28 лет, беременность 26 недель, с жалобами на высыпания в области гениталий. Высыпания заметила 2 недели назад, субъективно не беспокоили. Самолечение: прижигала раствором перманганата калия.

Профилактическое обследование на сифилис при посещении акушера-гинеколога в сроке беременности 30 недель: ИФА отрицательный результат.

Последняя половая связь с мужем 1,5 месяца назад.

Объективно: на слизистой большой и малой половой губы справа имеются две эрозии размером 10x15 мм в диаметре, правильных округлых очертаний, с четкими границами, мясо-красного цвета; имеют «лакированный» вид, инфильтрат в основании.

Предположительный диагноз?

Алгоритм обследования.



Задача 15

На прием к врачу обратилась больная Н., 21 лет, с жалобами на высыпания в области гениталий, сопровождающиеся жжением и болезненностью.

Из анамнеза: аналогичные высыпания отмечает 1-2 раза в год после простудных заболеваний в течение трех лет. Половая жизнь в течение 4 лет, постоянного полового партнера нет.

Объективно: в области больших и малых половых губ, промежности на фоне гиперемии и пастозности множественные сгруппированные везикулезные элементы, на месте вскрывшихся пузырьков – эрозии с сероватым налетом, паховые лимфоузлы размером до фасоли, болезненные при пальпации.

Диагноз? Какие лабораторные исследования необходимо назначить? Дифференциальный диагноз? Наметить план лечебно-профилактических мероприятий?



Задача 16

Пациент В., 40 лет, скотник, предъявляет жалобы на высыпания в области правого предплечья, незначительный зуд в области очага. Очаг в течение двух месяцев, за этот период увеличился в размере. В связи с увеличением очага и появлением гнойников обратился к врачу.

Объективно: в области нижней трети предплечья имеется очаг: эритема с выраженной инфильтрацией, с четкой, резкой границей в виде валика. В пределах очага множественные фолликулярные пустулы, капли гноя из вскрывшихся пустул.

Ваш предполагаемый диагноз? Что вам необходимо для подтверждения данного диагноза? Лечение. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при лабораторном подтверждении микоза.



Задача 17

На прием к детскому дерматологу обратился мальчик 10 лет, с жалобами на высыпания в околоушной области.

Из анамнеза: болеет около 7 дней. Сопутствующее заболевание – атопический дерматит в стадии ремиссии.

Объективно: в околоушной области, в области ушной раковины на умеренно гиперемизированном фоне имеются слоистые корки желто-зеленого и медово-желтого цвета, располагающиеся поверхностно; единичные мелкие поверхностные рассеянные фолликулярные и нефолликулярные пустулы.

Ваш предположительный диагноз.

Дифференциальный диагноз.

Лечение.



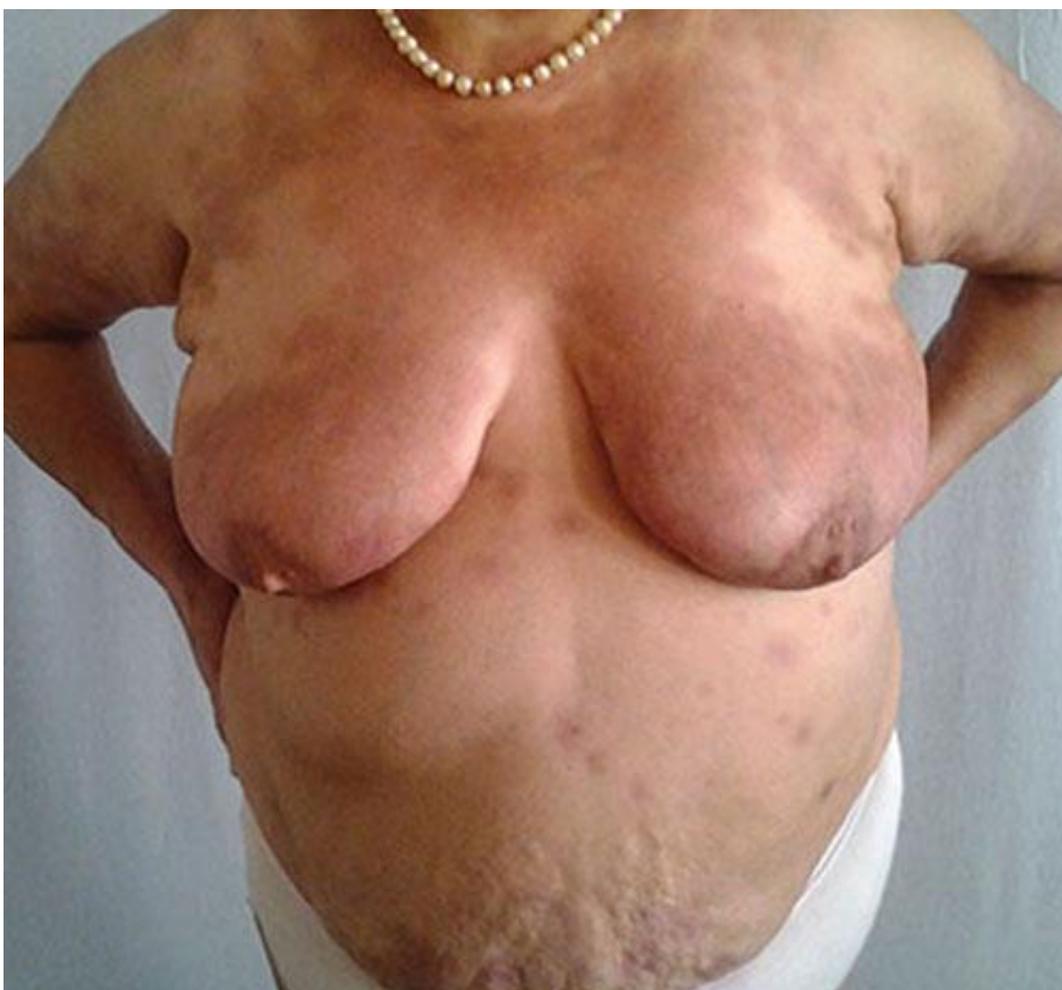
Задача 18

На прием обратилась больная К., 58 лет, пенсионер, с жалобами на бессонницу, повышение температуры до 38С, зуд, жжение кожи пораженных участков в области туловища и конечностей. Заболевание связывает с применением сульфамидных препаратов, которые принимала по поводу ОРЗ. Высыпания появились после приема препарата, сопровождались жжением, напряжением кожи пораженных участков.

Из анамнеза: пищевая аллергия к цитрусовым, меду.

Объективно: на коже туловища, верхних, нижних конечностях имеются очаги округлых очертаний, с четкими границами, эритематозного характера, красновато-синюшного цвета.

Диагноз? Наметить план лечебно-профилактических мероприятий.



Задача 19

Больная С. 6 лет, обратилась к детскому дерматологу с жалобами на трещины в углах рта, сопровождающиеся слабым зудом, болезненностью при открывании рта.

В анамнезе – атопический дерматит.

Объективно: кожа у углов рта слегка гиперемирована, мацерирована. На этом фоне имеются неглубокие щелевидные линейные трещины и эрозии.

Диагноз?

Дифференциальный диагноз

Тактика врача.



Задача 20

Больная М., 37 лет. В течение 2х лет отмечает периодическое появление в области кистей высыпаний, сопровождающихся зудом. Начало заболевания ни с чем не связывает. В дальнейшем обострения стала отмечать после контакта со стиральным порошком, после нервных перегрузок, по сезону/осенью, весной.

Объективно: в области ладоней, на коже боковой поверхности пальцев с переходом на тыл кистей, на фоне умеренной гиперемии и отека имеется множество плотных с мелкую горошину пузырьков, местами сливающихся в крупные многокамерные пузыри. На месте вскрывшихся пузырей образовались эрозии, серозно-гнойные корки. Воспалительная окраска кожи из-за толщины эпидермиса выражена слабо. Очаги с четкой границей, местами окружены воротничком отслаивающегося рогового слоя.

Диагноз?

План обследования?

Дифференциальный диагноз?

Лечение.



Задача 21

У женщины 45 лет, устраивающейся на работу поваром, ИФА 4+. При обследовании в стационаре наружных проявлений сифилиса не обнаружено. Смежные специалисты не обнаружили изменений со стороны глазного дна, нервной системы, внутренних органов. Брак второй, замужем 2 года. Муж обследован – здоров.

Из анамнеза: в течение последних лет RW не исследовались, ранее сифилисом не болела. Сопутствующих заболеваний нет, последние 2 года антибиотики не применяла. Результаты последующих серологических исследований (см. рис)

Поставьте диагноз.

Ф.И.О. пациента <u>В.</u>		Возраст _____	Пол _____
Диагноз <u>сифилоэритема</u>			
Ф.И.О. врача _____			
Дата направления на исследование	Дата и время забора материала	Дата и время поступления материала	Дата выдачи результата исследования
Подпись _____	Подпись _____	Подпись _____	Подпись _____

Дополнительно: Время взятия материала на исследование (отметить необходимое)
 до лечения во время лечения после лечения Отметить при патологическом использовании исследования

С03.808.34 Комплекс серологических реакций		Отметить при патологическом использовании исследования
A26.06.810 Исследование микрореакции пресипитации с кардиолипновым антигеном, качественная модификация	4+	Результат исследования
A26.06.811 Исследование микрореакции пресипитации с кардиолипновым антигеном, количественная модификация	4+ титр 1/4	Результат исследования
A26.06.807 Исследование реакции связывания компонента с кардиолипновым антигеном, качественная модификация		Результат исследования
A26.06.808 Исследование реакции связывания компонента с кардиолипновым антигеном, количественная модификация		Результат исследования
A26.06.809 Исследование реакции связывания компонента с трепонемным антигеном, качественная модификация		Результат исследования

С03.808.62 Определение антител класса М и С к <i>Treponema pallidum</i>		Отметить при патологическом использовании исследования
A26.06.803 Определение антител класса М к <i>Treponema pallidum</i> методом иммуноферментного анализа, качественная модификация	отрицат.	Результат исследования
A26.06.804 Определение антител класса С к <i>Treponema pallidum</i> методом иммуноферментного анализа, качественная модификация	4+	Результат исследования

Дополнительно, как самостоятельное исследование		Отметить при патологическом использовании исследования
A26.06.801 Определение антител к <i>Treponema pallidum</i> в реакции пассивной гемагглютинации (качественная модификация)	4+	Результат исследования
A26.06.805 Определение антител к <i>Treponema pallidum</i> методом реакции иммунофлуоресценции (РИФ)	4+	Результат исследования
A26.11.911 Микроскопическое исследование специфических элементов на бледную трепонему (<i>Treponema pallidum</i>)		Результат исследования

Задача 22

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?

Ф.И.О. пациента <u>М.</u>		Возраст <u>48</u> Пол <u>М</u>	
Диагноз <u>абсцесс бакило</u>			
Ф.И.О. врача _____			
Дата направления на исследование	Дата и время забора материала	Дата и время поступления материала	Дата выдачи результата исследования
Подпись	Подпись	Подпись	Подпись
Дополнительно: Время заката материала на исследование (отметить необходимость) <input type="checkbox"/> до лечения <input type="checkbox"/> во время лечения <input type="checkbox"/> после лечения <input checked="" type="checkbox"/>			
S03.808.34 Комплекс серологических реакций Отметить при обнаружении количества в бл. (с единицами) <input checked="" type="checkbox"/>			
A26.06.810 Исследование микрореакции преципитации с кардиолипным антигеном, качественная модификация		Результат исследования <u>4+</u>	
A26.06.811 Исследование микрореакции преципитации с кардиолипным антигеном, количественная модификация		Результат исследования <u>4+ 1/4</u>	
A26.06.807 Исследование реакции связывания комплексов с кардиолипным антигеном, качественная модификация		Результат исследования	
A26.06.808 Исследование реакции связывания комплексов с кардиолипным антигеном, количественная модификация		Результат исследования	
A26.06.809 Исследование реакции связывания комплексов с трепонемным антигеном, качественная модификация		Результат исследования	
S03.808.62 Определение антител класса М и G к Treponema pallidum Отметить при обнаружении количества в бл. (с единицами) <input checked="" type="checkbox"/>			
A26.06.803 Определение антител класса М к Treponema pallidum методом иммуноферментного анализа, качественная модификация		Результат исследования <u>0,5 бл.</u>	
A26.06.804 Определение антител класса G к Treponema pallidum методом иммуноферментного анализа, качественная модификация		Результат исследования <u>4+</u>	
Дополнительно, как самостоятельное исследование			
<input checked="" type="checkbox"/> A26.06.801 Определение антител к Treponema pallidum в реакции пассивной гемагглютинации (качественная модификация)		Результат исследования <u>4+</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> A26.06.805 Определение антител к Treponema pallidum методом реакции иммуофлюоресценции (РИФ)		Результат исследования	
A26.31.911 Микроскопическое исследование специфических элементов на бледную трепонему (Treponema pallidum)		Результат исследования	

Задача 23

При диспансеризации беременной Н., 25 лет, в сроке беременности 20 недель выявлены положительные серологические реакции на сифилис. При осмотре клинических проявлений сифилиса не выявлено.

Диагноз?

План лечебно-профилактических мероприятий.

Ф.И.О. пациента <u>Н.</u>		Возраст <u>25</u> Пол <u>Ж</u>	
Диагноз <u>Обсидеранное берибериозное 20 недель</u>			
Ф.И.О. врача _____			
Дата направления на исследование	Дата и время забора материала	Дата и время поступления материала	Дата выдачи результата исследования
Подпись	Подпись	Подпись	Подпись
Дополнительно: Время в котором материал на исследование (отметить, если необходимо)			
до лечения <input checked="" type="checkbox"/>		во время лечения <input type="checkbox"/>	
		после лечения <input type="checkbox"/>	
С03.808.34 Комплекс серологических реакций			Отметить при обнаружении количества исследования <input type="checkbox"/>
A26.06.810 Исследование микрореакции преципитации с кардиолипновым антигеном, качественная модификация		Результат исследования <u>4+</u>	
A26.06.811 Исследование микрореакции преципитации с кардиолипновым антигеном, количественная модификация		Результат исследования <u>4+ 1/32</u>	
A26.06.807 Исследование реакции связывания антигена с кардиолипновым антигеном, качественная модификация		Результат исследования	
A26.06.808 Исследование реакции связывания антигена с кардиолипновым антигеном, количественная модификация		Результат исследования	
A26.06.809 Исследование реакции связывания антигена с трепонемным антигеном, качественная модификация		Результат исследования	
С03.808.62 Определение антител класса М и G к <i>Treponema pallidum</i>			Отметить при обнаружении количества исследования <input type="checkbox"/>
A26.06.803 Определение антител класса М к <i>Treponema pallidum</i> методом иммуноферментного анализа, качественная модификация		Результат исследования <u>4+</u>	
A26.06.804 Определение антител класса G к <i>Treponema pallidum</i> методом иммуноферментного анализа, качественная модификация		Результат исследования <u>4+</u>	
Дополнительно, как самостоятельное исследование			
A26.06.801 Определение антител к <i>Treponema pallidum</i> в реакции окислительной геммагглютинации (качественная модификация)		Результат исследования <u>4+</u>	
A26.06.805 Определение антител к <i>Treponema pallidum</i> методом реакции иммунофлюоресценции (РИФ)		Результат исследования	
A26.31.911 Микробиологическое исследование специфических элементов на бледную трепонему (<i>Treponema pallidum</i>)		Результат исследования	

Рекомендуемая литература:

1. Болезни кожи: электронное учебное пособие/ под ред. Н.В. Кунгурова. – Екатеринбург: УрНИИДВиИ, УГМУ. - 2014.
2. Большой энциклопедический словарь / гл. ред. А. М. Прохоров. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Большая Рос. энцикл.; СПб.: Норинт, 1997, 1999, 2001, 2004. – 1456 с.: ил.
3. Владимиров, В.В. Кожные и венерические болезни. Атлас: учеб. пособие / В.В. Владимиров – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 232 с.
4. Горланов И.А., Детская дерматовенерология [Электронный ресурс]: под ред. И.А. Горланова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4029-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440292.html>
5. Дерматология: Аннотированный Атлас: учебное пособие для врачей / под ред. Н. В. Кунгурова. – Екатеринбург: УрНИИДВиИ, УГМУ, 2014.
6. Дерматологический атлас / под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 352 с.
7. Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1024 с.
8. Дерматовенерология: учебник для студентов учреждений высш. проф. мед. образования / Е.В. Соколовский, Г.Н. Михеев, Т.В. Красносельских и др.; под. ред. Е.В. Соколовского. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. - 687 с. : цв. ил.
9. Долгих, В. Т. Патофизиология: учебное пособие для вузов / В. Т. Долгих. — Москва: Издательство Юрайт, 2019. — С. 27-37
10. Елинов, Н. П. Дерматомицеты (лекция): учебное пособие/ Н. П. Елинов. – Санкт-Петербург: КОСТА, 2010 – 48 с.
11. Исследование качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко – М.: Гэотар-Мед, 2004. – С. 12–13.
12. История болезни пациента дерматовенерологического профиля/ М.А. Уфимцева, Ю.М. Бочкарев, Е.П. Гурковская, К.И. Николаева. - Екатеринбург: УГМА, 2012 – 98 с.
13. К дифференциальной диагностике дерматозов: учебное пособие / Л.Г. Сингур, О.А. Сингур, Л.М. Кулагина и др. – Владивосток: Медицина ДВ, 2016. – 86 с.
14. Клиническая дерматовенерология / под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова. – СПб: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 72- с.
15. Клинические рекомендации Минздрава РФ: рубрикатор клинических рекомендаций на сайте <http://cr.rosminzdrav.ru>, клинические рекомендации, Класс по МКБ-10: L00-L99 Болезни кожи и подкожной клетчатки; Класс по МКБ-10: A00-B99 Некоторые инфекционные и паразитарные болезни. (Клинические рекомендации 2016 г. имеют статус нормативного документа от 25.12.2018 г. № 489-ФЗ).
16. Кожные и венерические болезни: учебник / под ред. О.Ю. Олисовой. — 2-е изд., доп. — М.: Практическая медицина, 2019. - с. 194-198.
17. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник/ Ю.П. Лисицын – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 105-128.
18. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр. В 3-х томах. – Всемирная организация здравоохранения, 1995.
19. МУ 3.2.1756-03 «Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями».

20. Пиодермии: учеб. пособие для осваивающих образовательные программы высшего образования по специальности «Лечебное дело»/под ред. С. А. Чернядьева, М.А. Уфимцевой; Уральский гос. мед. университет — Екатеринбург: Издательство УГМУ, 2016. — 104 с.

21. Практические навыки в дерматовенерологии: Справочник для врачей / Т.В. Соколова, В.В. Гладько, Л.А. Сафонова; под ред. Т.В. Соколовой. – Москва: МИА, 2016 – 176 с.

22. Приказ Минздрава РФ от 30 июля 2001 г. N 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем» (с изменениями от 15 ноября 2001 г.)

23. Профилактика ветряной оспы и опоясывающего лишая: Санитарно-эпидемиологические правила. —М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2018. —24 с.

24. Самцов А.В., Дерматовенерология [Электронный ресурс]: учебник / под ред. А.В. Самцова, В.В. Барбинова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-3650-9 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436509.html>

25. СанПиН 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории РФ» (в ред. Изменений N 1, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 29.12.2015 N 97).

26. Сифилис и инфекции, передаваемые половым путем: электронное учебное пособие / Н.В. Кунгуров, М.А. Уфимцева, Н.П. Малишевская и др. - Екатеринбург: УрНИИДВиИ, УГМУ. - 2014.

27. Скрипкин Ю.К., Кожные и венерические болезни: учебник / Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 544 с.

28. Терлецкий О.В. Псориаз. Руководство по диагностике и терапии разных форм псориаза и псориатического артрита / О.В. Терлецкий К.И. Разнатовский, Г.И. Григорьев. – СПб.: Изд-во ДЕАН, 2014. – 486 с.

29. Хэбиф Т.П. Кожные болезни: диагностика и лечение/Т.П. Хэбиф. - 4-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 704 с.

30. Чеботарев В.В., Дерматовенерология [Электронный ресурс]: учебник / Чеботарев В.В., Асхаков М.С. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. –

Раздел 23: с. 1-2. 680 с. - ISBN 978-5-9704-3567-0 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435670.html>

31. Черешнев В.А. Патология / В.А. Черешнев, Б.Г. Юшков – М.: Москва Россия, 2014. – 836 с.

32. Чесотка. Вопросы врачей и ответы специалистов. Учебное пособие / Т.В. Соколова, А.П. Малярчук, Ю.В. Лопатина, Л.Б. Важбин, Т.М. Шувалова, Е.Д. Нефедова. – 2-е изд. – М.: Издательский комплекс МГУПП, 2013. – 72 с.

33. Эпидемиология: учебник: в 2х томах / Н.И. Брико [и др.] - Москва: МИА, 2013.

34. Эпидемиологический словарь / под ред. Д.М.Ласта; пер. с англ. А.Никольской. - 4-е изд. - Москва, 2009. – с. 104-105.

35. Яковлева Е. В. Гипотеза и ее роль в формировании мышления студентов // Вестник ТГПУ. 2016. №9 (174). С. 120-127. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gipoteza-i-ee-rol-v-formirovanii-myshleniya-studentov>

36. Alison Abbott. Virus discoveries secure Nobel prize in medicine // *Nature News*. Published online 6 October 2008.
37. Anderson K.L. Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Scabies in a Dermatology Office / K.L. Anderson, L.C. Strowd // *J Am Board Fam Med*. 2017 Jan 2;30(1):78-84. doi: 10.3122/jabfm.2017.01.160190.
38. DermLine - сайт-атлас кожных и венерических заболеваний: <http://dermline.ru/index.htm>
39. Coates L.C. Psoriatic Arthritis: State of the Art Review / L.C. Coates, P.S.Helliwell // *Clin Med (Lond)* 2017 Feb;17(1):65-70, doi: 10.7861/clinmedicine.17-1-65.
40. Habif T.P. Clinical Dermatology 6th Edition: A Color Guide to Diagnosis and Therapy. Hanover: Saunders, 2016. PP. 22-39
41. James W.D., Dirk M.E., Timothy G.B., George C.A. Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. London: Saunders/ Elsevier, 2020. 968 P. 2-30
42. Samotij D. Prevalence of Pruritus in Cutaneous Lupus Erythematosus: Brief Report of a Multicenter, Multinational Cross-Sectional Study / D. Samotij, J. Szczęch, C.J. Kushner et al // *Biomed Res Int*. 2018 Jul 25;2018:3491798. doi: 10.1155/2018/3491798.
43. Schmidt R. Resurgence of Syphilis in the United States: An Assessment of Contributing Factors / R. Schmidt, P.J. Carson, R.J. Jansen // *Infect Dis (Auckl)*. 2019 Oct 16;12:1178633719883282. doi: 10.1177/1178633719883282.
44. Tosti A., Ralph D., Lorizzo M. Color Atlas of Nails. New York: Springer, 2010. PP 1-3.
45. Vivier A., John S.B., Phillip H. Mckee et. al. Atlas of Clinical Dermatology, Fourth Edition. London: Elsevier, 2013. PP 1-21.

Учебное издание

Уфимцева Марина Анатольевна,
Бочкарев Юрий Михайлович,
Вишневская Ирина Федоровна
и др.

**Схема подготовки
к клиническим практическим занятиям
по дисциплине «Дерматовенерология»**

Публикуется в авторской редакции

*Электронное сетевое издание размещено
в научном архиве УГМУ <http://elib.usma.ru/>*

Уральский государственный медицинский университет
Редакционно-издательский отдел УГМУ
620028, Екатеринбург, Репина, 3
Тел.: +7 (343) 214-85-65
E-mail: rio@usma.ru