

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Уральский государственный медицинский университет

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Учебно-методическое 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: 616.5:61697(075.8)

ББК 53.42:55.8я73

И90

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

Рецензент — заведующий кафедрой хирургических болезней, сердечно-сосудистой хирургии, реконструктивной и пластической хирургии, доктор медицинских наук, профессор *С. А. Черныдьев*

История болезни : учеб. пособие / М. А. Уфимцева, Ю. М. Бочкарев, И. Ф. Вишневская И90 [и др.] ; под ред. д-ра мед. наук, проф. 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. — 109 с. — ISBN 978-5-00168-027-7. — Текст. Изображение : электронные.

Учебное пособие составлено в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования 31.08.32 «Дерматовенерология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства образования РФ от 25 августа 2014 г. № 1074. Учебное пособие предназначено для ординаторов, обучающихся по специальности «Дерматовенерология», направлено на совершенствование профессиональных навыков написания и оформления истории болезни, работы с пациентом в целом.

В учебном пособии представлены тестовые задания и ситуационные клинические задачи для самоконтроля знаний.

УДК: 616.5:61697(075.8)

ББК 53.42:55.8я73

Печатается по решению
Центрального методического совета
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
(протокол № 3 от 15 декабря 2021 года)

ISBN 978-5-00168-027-7

© Уральский государственный
медицинский университет, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	5
I. Схема истории болезни больного дерматозом (микозом)	7
Жалобы	7
Anamnesis morbi.....	12
Anamnesis vitae	15
Status specialis	17
Предварительный диагноз	23
План обследования	24
План лечения	24
Клинический диагноз	24
Дневник курации	25
Эпикриз	25
II. Схема истории болезни больного с венерическим заболеванием	27
Жалобы	27
Anamnesis morbi	30
Anamnesis vitae	33
Status specialis	34
Гинекологический статус	34
Урологический статус	36
Специальный статус больного сифилисом	38
Клинический диагноз	38
План обследования	39
План лечения	39
Дневник курации	39
Эпикриз	39
Приложения	40
Тестовые задания для самоконтроля.....	46
Клинические задачи для самоконтроля.....	91
Рекомендуемая литература.....	106

Введение

История болезни (ИБ) пациента является основным официальным медицинским документом, содержащим полные сведения о состоянии больного, диагностических и лечебных процедурах, проводимых в стационаре. История болезни является учетной формой № 003-У, утвержденной Министерством здравоохранения РФ.

Представлена схема истории болезни. В каждом конкретном случае возможны отклонения от предложенной схемы в пределах, не противоречащих нормативным документам и не ведущих к существенному снижению качества лечебно-диагностического процесса.

История болезни является служебным документом, относится к административно-организационным документам наряду с планами, уставами, правилами, актами, отчетами, протоколами, служебными письмами и т.д.

Современный служебный документ это, прежде всего, письменный текст.

История болезни в значительной степени является формализованным типом текста. В свою очередь формализованные типы текстов, есть средство унификации и стандартизации служебных документов. Унификация оправдана с многих точек зрения. Составление унифицированного текста требует меньших затрат труда и времени. Составитель документа, работая по образцу, получает возможность сосредоточить внимание на важнейших, не стандартных аспектах информации. В унифицированном тексте адресат может сразу же выделить ключевые моменты сообщения. Унифицированный текст воспринимается почти в 10 раз интенсивнее, чем не унифицированный.

Унификация текстов служебных документов осуществляется на основании официально принятой (ГОСТы) или узаконенной традицией формы. ГОСТы закрепляют требования к содержанию документа: его формы, расположение на поле бланка, требование к языку документа и т.п. Частью требований, предъявляемых к служебным документам, являются *композиционные особенности*: поля, абзац, нумерация, заголовки и подзаголовки, подчеркивание линейкой, пробельная строка и т.п.

Поля: верхнее – 20 мм, правое – 10 мм, нижнее и левое – не менее 20 мм.

Абзац – отступ вправо в начале первой строки каждой части текста. Слово «абзац» обозначает также часть текста между двумя такими

отступами. Абзац служит показателем перехода от одной мысли (темы) к другой. Первую строку каждого абзаца печатают, отступив, пять знаков от границы левого поля.

Абзацное членение текста нередко сочетается с нумерацией – числовым (а также с буквенным) обозначением последовательности расположения составных частей текста.

Важным средством структурирования текста являются заголовки и подзаголовки. В истории болезни таковыми являются жалобы, история болезни, история жизни и т.д.

Лицевая сторона истории болезни оформляется в приемном отделении лечебного учреждения с указанием даты и времени госпитализации пациента и заканчивается в момент выписки больного из стационара лечебного учреждения.

Лицевая сторона титульного листа истории болезни содержит следующие сведения:

- паспортная часть,
- направительный диагноз,
- время поступления больного в приемное и лечебное отделения,
- развернутый клинический диагноз заболевания (не позднее 4-го дня госпитализации),
- перечень непереносимых лекарственных средств,
- при выписке больного из стационара на лицевой истории болезни в соответствующие графы вносятся окончательный диагноз, его осложнения и сопутствующие заболевания,
- дата выписки или перевода (или дату и час смерти), количество дней, проведенных в стационаре,
- отмечаются данные по оформлению листка нетрудоспособности за период госпитализации, а также другие необходимые сведения.

В дальнейшем ведение истории болезни осуществляет лечащий врач пациента, под контролем заведующего отделением.

История болезни в целом и все ее разделы должны содержать максимально полную информацию о проведении лечебно-диагностических мероприятий, осуществляемых во время пребывания пациента в стационаре.

За правильность и точность записей истории болезни врачи и медицинские сестры несут юридическую ответственность.

I. Схема истории болезни больного дерматозом (микозом)

ЖАЛОБЫ

1. Жалобы, отражающие заболевания кожи и слизистых

1.1. Болезненные ощущения, не связанные с высыпаниями и другими проявлениями дерматоза: боль, болезненность, зуд, жжение, другие неприятные ощущения (чувство ползания мурашек, онемение и т.п.).

1.1.1. Характеристика этих ощущений по интенсивности

- сильный нестерпимый
- умеренный
- слабый

1.1.2. Локализация ощущений

- по всему телу
- по всему телу, кроме...
- локальные (указывается область)

1.1.3. Изменение во времени

- постоянные
- эпизодические (частота)
- периодические (частота)
- меняющиеся по интенсивности

1.1.4. Факторы, влияющие на характер этих ощущений (провоцирует возникновение, усиливает, ослабляет, снимает).

1.2. Высыпания.

1.2.1. Основные группы высыпаний:

- мало дифференцированные наименования высыпаний: сыпь, высыпания, поражения кожи (слизистых), покраснение, припухлость, отечность, опухоль и т.п.
- жалобы на высыпания, относящиеся к первичным элементам: пузырьки, пузыри, гнойнички, волдыри, пятна.

- жалобы на высыпания, относящиеся к вторичным элементам: корки, корочки, трещины, шелушения, язвы, язвочки, рубцы.
- другие проявления: утолщения кожи, истончения кожи и т.п. Наименования из арсенала народной медицины: наросты, бородавки, т.д.

1.2.2. Характеристика высыпаний:

- по размеру: мелкие, крупные, с маковое зернышко, с горошину и т.д.
- по цвету: багровые, красные, синие и т.д.
- по количеству: единичные, умеренное количество, обильные
- по консистенции: мягкие, плотные, твердые

1.2.3. Локализация (см. 1.1.2.)

1.2.4. Болезненные ощущения (см 1.1.)

1.3. *Другие проявления болезни на коже и/или слизистых оболочках:*

повышение потливости, сухость, жирность, изменение ногтей, выпадение волос, изменение волос, неприятный запах и т.д.

1.3.1. Характеристика этих проявлений (см 1.1., 1.2.)

2. Соматические и все другие жалобы

2.1. *Нарушения общего состояния: озноб, жар, слабость, недомогание, снижение работоспособности и т.п.*

2.2. *Состояние нервной системы.*

2.3. *Состояние органов дыхания.*

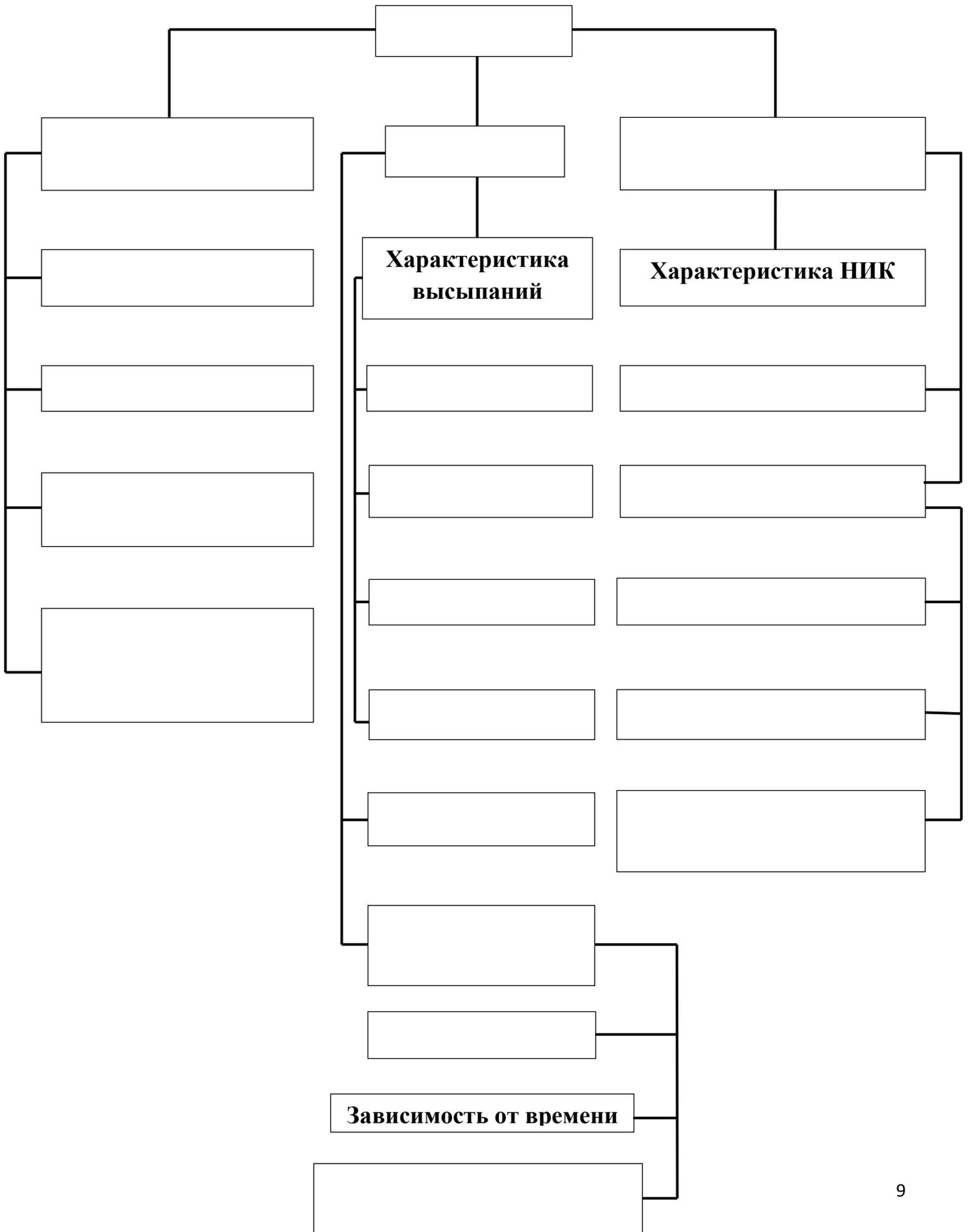
2.4. *Состояние сердечно-сосудистой системы.*

2.5. *Состояние желудочно-кишечного тракта и гепатобиллиарной системы.*

2.6. *Состояние мочеполовой системы.*

2.7. *Состояние костно- мышечной системы.*

Алгоритм сбора жалоб



Замечания по методике сбора жалоб

Начинать следует с вопросов:

1. На что вы жалуетесь?
2. Что вас беспокоит?

Очень часто больные отвечают: «ничего не беспокоит», «ни на что не жалуюсь».

Подобные ответы нередко связаны с тем, что больные с кожным процессом эти вопросы трактуют по-своему и считают, что врач спрашивает о боли или других неприятных ощущениях. Имеющиеся на коже высыпания больные с этими вопросами не связывают, поэтому следующими вопросами должны быть: «есть ли у вас сыпь на теле?», «Все ли у вас порядке с кожей, ногтями, волосами?».

Порой после двух-трех вопросов о жалобах следует попросить больного раздеться и провести осмотр. Затем вернуться к опросу. Это помогает вести опрос более целенаправленно.

Часть больных затрудняется с изложением жалоб, либо дает очень неопределенные формулировки: «Что-то есть там-то, какая-то штука на ...», «что-то, вот на спине нащупал», «не знаю, как вам доктор сказать» и т.д. В таких случаях предварительный осмотр позволяет врачу более четко собрать жалобы и изложить их в общепринятых терминах и оборотах.

При детализации ощущений, испытываемых больными, следует задавать вопросы в такой форме, чтобы они были с одной стороны понятны данным больным, в то же время не подсказывали, не внушали какой-то более предпочтительный вариант ответа.

Чтобы убедиться в правильности полученного ответа, вопросы следует повторять, несколько меняя их, или возвращаться к ним повторно через небольшой промежуток времени.

Рабочей точкой зрения врача должно быть сомнение в адекватности ответов.

Разбор (анализ) жалоб

Для оценки жалоб использовались следующие критерии:

1. Качественная характеристика жалоб.
2. Количественная характеристика жалоб.
3. Условия возникновения жалоб.
4. Условия прекращения жалоб.
5. Полнота описания жалоб.

Примеры выписок из историй болезней

1. Б-ой Н., 42 года

В истории болезни при первичном описании раздел жалоб изложен следующим образом: «Жалобы на высыпания в виде пузырьков, шелушение, сильный зуд».

Фрагменты Status praesens: «... при аускультации дыхание жестковатое... АД 140/100 мм.рт.ст ... печень выступает на 1,5 см от края реберной дуги ... симптом Пастернацкого слабо положительный...».

Status specials. «Кожный процесс носит распространенный характер, симметричный, локализован на кистях обеих рук, преимущественно на тыльной поверхности; коже стоп, обеих ног, лица.

Процесс представлен микровезикулами, с прозрачным содержимым, папулами, обилие гнойно-геморрагических корочек, микроэрозий на месте вскрывшихся везикул.

Кожа в очагах застойно гиперемированных, утолщена, кожный рисунок подчеркнут.

Ладони – отмечается мелкопластинчатое шелушение, микровезикулы.

Брови, ресницы не изменены.

Пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы, между собой и с окружающими тканями не спаяны, кожа над ними не изменена.»

«DS: Хроническая распространенная экзема, стадия обострения».

Терапевт. «Предварительный DS: Хронический гастрит. Хронический панкреатит. МКБ, латентное течение. НЦД по гипертоническому типу».

Полностью сохранена орфография и стилистика автора рецензируемой истории болезни.

Анализ жалоб

1. Имеются нарушения качества описания жалоб. Вряд ли больной жаловался на пузырьки (их не было), т.к. в описании кожного процесса указаны микровезикулы, по всей видимости имелись жалобы на поражения кожи в указанных локализациях в виде мокнущая, корочек, шелушения, возможно больного беспокоило чувство сухости.

2. Имеются нарушения описания количественного описания жалоб:

- не указана локализация поражения кожи;
- не указана степень выраженности жалоб (количество пузырьков, степень шелушения).

3. Не указаны факторы, провоцирующие возникновение (усиливающие зуд).

4. Не указаны факторы, снимающие (уменьшающие) зуд.

5. Описание жалоб не полное:

- не указаны корочки

- полностью отсутствуют соматические жалобы, при наличии жесткого дыхания, повышенного АД, увеличения печени, слабо положительного симптома Пастернатского, соответствующего терапевтического диагноза.

ANAMNESIS MORBI

1. Описание начала болезни.

2. Описание течения болезни до данного обострения.

3. Постановка диагноза.

4. Лечение за весь период болезни до данного обострения.

5. Описание данного обострения.

6. Госпитализация.

1. Начало болезни:

1.1. Когда началось заболевание: год, сезон, месяц, число, часы

1.2. Где (на каких участках) появились первые высыпания.

1.3. Какими признаками началось заболевание.

1.4. Вероятные причины начала болезни.

1.5. Эпидемиологический анамнез (контакт с больными микозами – люди, животные; контакт – дома, на производстве, на улице; посещает или посещал общественные бани, душевые, бассейн, парикмахерские).

1.6. Как распространялось (развивалось) заболевание в дальнейшем: в какой последовательности появлялись высыпания на других участках кожи и слизистых.

1.7. С какой скоростью развивалось заболевание (часы, дни, недели, месяцы, годы).

1.8. Чем закончился первый эпизод заболевания: полный регресс высыпаний, частичный регресс высыпаний, улучшение.

1.9. Под влиянием каких факторов (в том числе и лечения) наступила ремиссия (улучшение).

2. Течение болезни:

- 2.1. Как часто отмечались обострения (один раз в несколько лет, ежегодно, два-три раза в год, непрерывно рецидивируют, ремиссий не было).
- 2.2. В какое время года чаще всего отмечаются обострения.
- 2.3. Причины обострения (в т.ч. связь с профессиональными вредностями).
- 2.4. Изменилась ли частота обострений за последние пять лет (участились, наблюдаются реже, частота не изменилась).
- 2.5. Длительность обострений.
- 2.6. Изменилась ли длительность обострений за последние пять лет (длительность увеличилась, уменьшилась, не изменилась).
- 2.7. Изменилась ли выраженность обострений (активность, площадь поражения и т.д.).
- 2.8. Изменилась ли эффективность лечения за последние пять лет.
- 2.9. Появление новых симптомов (регресс ранее имевших симптомов заболевания).

3. Постановка диагноза.

- 3.1. Когда обратился впервые за медицинской помощью по поводу данного заболевания.
- 3.2. В какое медицинское учреждение: ФАП, участковая больница, районная, городская больницы, КВК, КВД, УрНИИДВиИ, кафедра.
- 3.3. К какому врачу впервые обратился по поводу данного заболевания: терапевт, врач других специальностей, дерматолог.
- 3.4. Первоначальный диагноз.
- 3.5. Дата установления окончательного диагноза.
- 3.6. Где и кем установлен окончательный диагноз.

4. Лечение за весь период болезни до данного обострения.

4.1. Лечение в стационарах:

- 4.1.1. Сколько раз.
- 4.1.2. Средняя длительность госпитализации.
- 4.1.3. В каких стационарах: терапевтических, в дерматологическом по месту жительства, в ОКВД (УрНИИДВиИ, на кафедре).
- 4.1.4. Результаты лечения: клиническое выздоровление, значительное улучшение, улучшение, без перемен.

4.2. Лечение амбулаторное по больничному листу:

- 4.2.1. Сколько раз.

- 4.2.1. Средняя длительность.
- 4.3. Лечение амбулаторное без больничного листа:
 - 4.3.1. Сколько раз.
 - 4.3.2. Средняя длительность.
 - 4.3.3. Частота посещения дерматолога.
- 4.4. Медикаментозная терапия:
 - 4.4.1. Основные виды:
 - этиотропная терапия
 - патогенетическая терапия
 - симптоматическая терапия
 - 4.4.2. Основные группы препаратов:
 - цитостатики
 - глюкокортикоиды
 - дезинтоксикационные средства
 - антибактериальные препараты
 - другие сильно действующие и уникальные препараты
 - антигистаминные препараты
 - другие вспомогательные группы лекарственных препаратов (витамины и т.д.)
 - 4.4.3. Способы введения (применения)
 - внутривенно
 - внутримышечно, подкожно
 - перорально
 - другим путем
 - 4.4.4. Внешний вид препаратов
 - ампулы, таблетка, капсулы, порошки, растворы
 - цвет, вкус, запах
 - форма таблеток и др. характеристики
 - упаковка, цена препарата
 - 4.4.5. Частота введения (применения), ритм
 - 1-2-3-4- раз в сутки
 - 1 раз в неделю
 - другие ритмы
 - по одной таблетке (капсуле, ложке и т.д.) – по две таблетки...
 - на ночь, утром, до, после еды и т.д.
 - прием препарата в убывающей дозе в течение дня (пример, три таблетки утром, две таблетки днем, одна таблетка вечером)
 - изменение дозировки в течение нескольких дней, недель, месяцев, лет.

- 4.5. Физиотерапия:
 - 4.5.1. Наименование физиопроцедур
 - 4.5.2. На какие участки
 - 4.5.3. Количество процедур
 - 4.5.4. Ощущения, связанные с физиопроцедурами
- 4.6. Местное лечение:
 - 4.6.1. Наименование вида местной терапии.
 - 4.6.2. В какой упаковке находилась мазь (крем, лосьон, раствор и т.д.).
 - 4.6.3. Внешний вид, цвет, запах.
 - 4.6.4. Способ применения.
 - 4.6.5. Длительность применения.
- 4.7. Эффективность лечения.
- 4.8. Побочные явления.
- 4.9. Санаторно-курортное лечение:
 - 4.9.1. Сколько раз
 - 4.9.2. Где (вид курорта, санатория, местность)
 - 4.9.3. Сезон
 - 4.9.4. Эффективность (непосредственная, отдаленная)

5. Данное обострение:

- 5.1. Когда началось обострение.
- 5.2. Причина обострения.
- 5.3. Как оно развивалось.
- 5.4. Сравнить с предыдущим обострением.
- 5.5. Какое лечение проведено, где, кем.
- 5.6. Эффективность проведенного лечения.

6. Госпитализация:

- 6.1. Кем направлен.
- 6.2. Причина госпитализации.
- 6.3. Диагноз направившего учреждения.
- 6.4. Цель госпитализации.

ANAMNESIS VITAE

1. Обстоятельства рождения:

- 1.1. Где родился (область, населенный пункт).
- 1.2. В какой семье (социальное происхождение).
- 1.3. Каким ребенком по счету, всего детей в семье.

- 1.4. В срок, от доношенной беременности.
2. Рост, развитие, болезни детского периода.
3. Болезни взрослого периода жизни:
 - 3.1. Аллергоанамнез.
 - 3.2. Социальные болезни (туберкулез, венерические, СПИД)
 - 3.3. Другие заболевания, травмы, операции.
 - 3.4. Лечение в стационарах по поводу других заболеваний, инвалидность.
 - 3.5. Наследственность. По основному заболеванию.
 - 3.6. Основные группы других заболеваний (онкологические, эндокринные, сердечно-сосудистые, психические и т.д.).
4. Образование:
 - 4.1. Какие учебные заведения окончил.
 - 4.2. В каком году.
 - 4.3. Специальности.
5. Профессиональный анамнез:
 - 5.1. Со скольких лет начал работать, где, кем.
 - 5.2. Где и кем работал в дальнейшем.
 - 5.3. Профессиональные вредности, условия труда.
6. Материально-бытовые условия:
 - 6.1. В какой квартире, доме живет (степень благоустройства).
 - 6.2. Количество комнат на 1 жителя.
 - 6.3. Материальное положение (неудовлетворительное, удовлетворительное, хорошее)
7. Вредные привычки:
 - 7.1. Курение: с какого возраста, какое количество сигарет в день выкуривает, электронные сигареты, кальян, как часто курит.
 - 7.2. Употребление алкогольных напитков: с какого возраст, частота и количество употребляемых напитков в настоящее время.
 - 7.3. Другие вредные привычки.
8. Семейный анамнез:
 - 8.1. Женат (замужем), холост (незамужем), вдова (вдовец), разведен(а)
 - 8.2. Дети: пол, возраст

9. Акушерско-гинекологический анамнез (для женщин) (при необходимости обсуждается в анамнезе заболевания):
- Начало менструального цикла, в каком возрасте, сроки установления регулярного цикла.
 - Характеристика менструального цикла: длительность кровотечения, обилие, сопровождается болью (нет), периодичность, регулярность.
 - Нарушения: аменорея, гипоменорея, олигоменорея, опсоменорея, меноррагии, метроррагии; дата последней менструации (больная может не знать о наличии беременности).
 - Количество беременностей, чем закончились: роды в срок, преждевременные, мертворождение, выкидыши (в каком сроке), мед. аборт (осложнения) (с указанием дат).
 - Осложнения при беременности, в родах, послеродового периода, заболевания новорожденного.

STATUS SPECIALIS

1. Характеристика визуально непораженных участков кожи:

1.1. Тургор:

1.1.1. Повышен.

1.1.2. В норме.

1.1.3. Снижен.

1.2. Влажность:

1.2.1. Повышенная.

1.2.2. В норме.

1.2.3. Сниженная.

1.3. Жирность:

1.3.1. Повышенная.

1.3.2. В норме.

1.3.3. Сниженная.

1.4. Окраска.

1.5. Локализация перечисленных изменений.

2. Общая характеристика кожного процесса:

2.1. Распространенность высыпаний:

- распространенные

- распространенные за исключением (кроме)

- ограниченные (указывается область)

2.1. Симметричность

- симметричные
- асимметричные (преобладают на..., располагаются преимущественно на..., указывается конкретная область)

2.2. Особенности расположения:

- располагаются равномерно по всему кожному покрову, преимущественно поражены участки...
- расположены линейно, дугообразно
- образуются скопления
- количество нарастает, уменьшается от проксимальных отделов к дистальным.

2.3. Высыпания мономорфные (полиморфные).

3. Характеристика первичных элементов:

3.1. Качественная характеристика первичных элементов.

3.1.1. Выступает ли над уровнем кожи, определяется ли пальпаторно.

3.1.2. Содержат ли полость.

3.1.3. Содержимое полости:

- серозное
- геморрагическое
- гнойное

3.1.4. Размер (диаметр) полостного элемента.

3.1.5. Глубина залегания элемента (глубоко в подкожной жировой клетчатке, поверхностно)

3.1.6. Оставляет ли после себя рубец, рубцовую атрофию.

3.1.7. Длительность существования элемента (часы, дни, месяцы).

3.2. Количественная характеристика первичных элементов.

3.2.1. Размер высыпаний: милиарный, лентикулярный, нумулярный, величиной с ладонь, диффузная бляшка, эритродермия.

3.2.2. Очертания: округлые, овальные, полициклические, полигональные, в виде колец, дуг, неправильные.

3.2.3. Форма элемента: сферическая (полусферическая), плоская, коническая, бугристая (веррукозная)

3.2.4. Цвет

- основной
- оттенок
- степень яркости: яркий (насыщенный), умеренный по яркости, бледный.

3.2.5. Консистенция (плотность)

- твердый (плотный, деревянистый)

- умеренной плотности
- мягкий (тестоватый)

3.2.6. Болезненность

- резко болезненный
- умеренно болезненный
- слабо болезненный
- без болезненный

4. Характеристика вторичных элементов.

4.1. Выступает ли над уровнем кожи.

4.2. Определяется ли пальпаторно.

4.3. Имеется ли дефект поверхности кожи (целостность поверхности кожи).

4.3.1. Каким путем образовался дефект кожи:

- В результате механического воздействия (ссадина, трещина).
- В результате трансформации первичных элементов (эрозия, язва).

4.3.2. Глубина дефекта:

- поверхностный (в пределах эпидермиса, сосочкового слоя дермы): эрозия, поверхностная трещина и эксфолиация
- глубокий дефект (сетчатый слой дермы, подкожно-жировая клетчатка): язва, глубокая трещина и глубокая эксфолиация.

4.4. За счет каких компонентов выступает над уровнем кожи.

4.4.1. Наслоение на коже

- ссохшийся экссудат: корочка

4.4.2. Избыток образования измененного рогового вещества: чешуйка.

4.4.3. Разрастания, утолщение слоев кожи: вегетация, гипертрофический рубец, лихенификации.

4.5 Количественная характеристика вторичных элементов.

4.5.1. Размер

4.5.2. Конфигурация (очертания)

4.5.3. Глубина, степень утолщения, выраженность наслоений.

4.5.4. Цвет

4.5.5. Количество

4.5.6. Расположение

4.5.7. Отделяемое

4.5.8. Характеристика поверхности.

4.5.9. Отношение к подлежащим тканям.

5. Характеристика состояния ногтевых пластинок и прилегающих участков кожи.

5.1. Характеристика состояния ногтевых пластинок.

5.1.1. Цвет

5.1.2. Прозрачность

- матовая
- тусклая

5.1.3. Форма

- выпуклая
- вогнутая
- плоская

5.1.4 Поверхность

- гладкая
- шелушащаяся
- ровная
- истыканная наперсткообразно
- с гребешками и бороздками, продольными и поперечными
- желобки и впадины
- трещины, расщепления, расслоения.

5.1.5. Консистенция

- твердая
- плотная
- мягкая

5.1.6. Толщина

- утолщена
- истончена
- нормальной толщины

5.1.7. Плотность прилегания к ногтевому ложу

- отделена (отслоена) по всему краю
- отделена на ограниченном участке

5.1.8. Локализация изменений в пределах ногтевой пластинки

- по свободному краю
- по проксимальному краю
- изменение боковых участков
- тотальное изменение

5.1.9. Степень разрушения

- по свободному краю
- половина ногтевой пластинки
- 2/3 и более ногтевой пластинки
- полное разрушение (ногтевые пластинки отсутствуют)

5.1.10. Характеристика луночки.

5.2. Характеристика прилегающих участков кожи

5.2.1. Состояние заднего валика

5.2.2. Состояние боковых валиков

5.2.3. Участка под свободным краем ногтя (подногтевой гиперкератоз)

5.2.4. Состояние эпонихии

- шелушение
- утолщение
- разрыхление
- нарастание кожицы на поверхность ногтя
- отсутствие эпонихии

6. Волосы

6.1. Интенсивность (объем, густота) роста волос

6.1.1. Повышена (гипертрихоз, волосатость)

6.1.2. Понижена (гипотрихоз)

6.1.3. Нормальная (норматрихоз)

6.1.4. Отсутствие волос на участках, где волосы должны расти в норме (атрихия, алопеция)

- очаговая
- субтотальная
- тотальная
- генерализованная

6.1.5. Состояние отдельных участков оволосения (брови, ресницы и т.д.)

6.1.6. Состояние кожи волосистой части головы

6.2. Распределение

6.2.1. Нормально

6.2.2. Аномальное (гетеротропное)

- диффузное
- ограниченное (локальное), с указанием места патологии

6.3. Характер оволосения

6.3.1. Нормальное

6.3.2. Не свойственное данному полу (гетерогенное)

- по женскому типу
- по мужскому типу

6.3.3. Преждевременное (гетерохромное)

6.4. Цвет

6.4.1. Нормальный (указывается цвет): светлый, рыжий, темный или более детальное указание цвета

- 6.4.2. Усиление пигментации (гиперхромия)
- 6.4.3. Слабое окрашивание (гипохромия)
- 6.4.4. Поседение, полиозис
- 6.4.5. Неодинаковое окрашивание волос на различных участках (гетерохромия)
- 6.5. Жесткость
 - 6.5.1. Мягкие (нежные, тонкие)
 - 6.5.2. Жесткие (грубые, толстые)
 - 6.5.3. Нормальной жесткости
- 6.6. Прочность (ломкость, хрупкость)
 - 6.6.1. Повышена (волосы хрупкие, ломкие)
 - 6.6.2. Нормальные
- 6.7. Форма
 - 6.7.1. Прямые
 - 6.7.2. Волнистые
 - 6.7.3. Вьющиеся
- 6.8. Изменение стержня
 - 6.8.1. Перекрученные
 - 6.8.2. Плоские
 - 6.8.3. Расщепленные
 - 6.8.4. Штыкообразные
 - 6.8.5. Узловатые
 - 6.8.6. Другие изменения.
- 6.9. Изменение роста
 - 6.9.1. Вросшие
 - 6.9.2. Пучкообразные
 - 6.9.3. Рост в неправильном направлении (трихиаз, дистрихоз)
- 6.10. Другие изменения
 - 6.10.1. Тусклые
 - 6.10.2. Сухие
 - 6.10.3. Жирные
 - 6.10.4. Имеют налет
 - 6.10.5. Запах от волос
 - 6.10.6. Облом (на уровне кожи, на уровне нескольких мм и т.п.)
- 6.11. Прочность прикрепления волоса к подлежащим тканям
 - 6.11.1. Нормальная
 - 6.11.2. Легко удаляются (расшатанные)
- 7. Функциональные и диагностические тесты (пробы).
 - 7.1. Функциональные пробы (тесты)

- дермографизм
- пиломоторный рефлекс
- чувствительность (болевая, температурная, тактильная)
- другие тесты (жирность кожи, влажность кожи)

7.2. Диагностические тесты, пробы

- псориатическая триада
- феномен Кёбнера
- симптом яблочного желе
- симптом зонда Пospelова
- симптом Унны и т.д.
- проба Бальзера

8. Лимфатические узлы

8.1. Какие узлы изменены

8.2. Величина

8.3. Плотность

8.4. Эластичность

8.5. Спаянность с окружающими тканями и друг с другом

8.6. Болезненность

8.7. Другие изменения лимфатические изменения

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

1. Диагноз основного заболевания

1.1. Нозологическая составляющая диагноза

1.2. Клиническая форма

1.3. Клиническая разновидность.

1.4. Стадия

1.5. Активность, степень выраженности (поражения)

1.6. Другие компоненты диагноза основного заболевания

1.7. Осложнения

2. Диагноз сопутствующих заболеваний

2.1. Дерматологические заболевания.

2.1.1. -2.1.7. (см. 1.1. – 1.7.)

2.2. Диагнозы заболеваний, передаваемых половым путем

2.2.1. – 2.2.7. (см. 1.1. – 1.7.)

2.3. Диагнозы других заболеваний (сердечно сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и т.д.)

2.3.1. – 3.3.7. (см. 1.1. – 1.7.)

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Стандарт обследования основного заболевания.
 - 1.1. Обследования, подтверждающие нозологический диагноз.
 - 1.2. Обследования, определяющие другие разделы основного заболевания.
 - 1.3. Обследования, необходимые для выявления противопоказаний лечения основного заболевания предполагаемыми методами
2. Стандарт обследования сопутствующего заболевания.
 - 2.1.-2.3. (см. 1.1.- 1.3.)
3. Стандарт обследования по эпидемиологическим показаниям

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

1. Режим
2. Диета
3. Медикаментозная терапия основного заболевания
 - 3.1. Этиотропное
 - 3.2. Патогенетическое
 - 3.3. Симптоматическое
 - 3.4. Физиотерапия
 - 3.5. Местное лечение
4. Лечение сопутствующих заболеваний
 - 4.1.– 4.5. (см. 3.1.- 3.5.)

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

1. Рекомендуется установить на 3-4 день пребывания больного в стационаре.
 2. Схема клинического диагноза (см. раздел «Предварительный диагноз»).
- В соответствии с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан РФ» лечащим врачом предлагается ознакомить и письменно

подтвердить согласие больного на проведение комплекса лечебно-диагностических мероприятий и прогнозе заболевания.

ДНЕВНИК

Осмотр больного проводится ежедневно, а запись в историях болезни допустима через 1 день.

1. Жалобы: прежде всего их изменения
2. Status praesens
 - 2.1. Общее состояние
 - 2.2. Изменения в параметрах status praesens
 - 2.3. Динамика состояния жизненно важных органов: артериальное давление, пульс, состояние органов брюшной полости и т.д.
3. Динамика status specialis
 - 3.1. Появление новых элементов, регресс ранее имевшихся
 - 3.2. Изменение размеров элементов, площади пораженных участков
 - 3.3. Изменение цвета
 - 3.4. Изменение степени инфильтрации
 - 3.5. Изменение степени шелушения, мокнутья
 - 3.6. Изменение других параметров
4. Ход лечения
 - 4.1. Переносимость
 - 4.2. Завершение приема препарата, окончание метода лечения
 - 4.3. Начало приема нового препарата, метода лечения
 - 4.4. Перечень препаратов, методов, применение которых продолжается.

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

Этапный эпикриз заполняют через 20 дней.

При поступлении и один раз в неделю (обязательно) больного должен осматривать заведующий отделением или руководитель отдела с соответствующей записью в истории болезни.

Эпикриз

1. Фамилия, инициалы больного
2. Возраст больного
3. Лечебное учреждение, где проводилось лечение

4. Отделение, где проводилось лечение
5. Дата госпитализации, дата выписки
6. Полный диагноз (основной, сопутствующие осложнения)
7. Виды и результаты проведенных исследований
8. Заключение консультантов
9. Перечень использованных для лечения методов и средств (на латинском языке с указанием доз, способов применения и сроков лечения)
10. Динамика состояния больного в процессе лечения
11. Эффективность терапии
12. Побочные явления
13. Результаты лечения: состояние при выписке
14. Рекомендации по дальнейшему ведению больного
 - 14.1. Рекомендации дерматологу
 - 14.1.1. Режим
 - 14.1.2. Диета
 - 14.1.3. Медикаментозная терапия:
 - общая медикаментозная терапия
 - физиотерапия
 - местное лечение
 - 14.1.4. Санаторно-курортное лечение
 - 14.1.5. Рекомендации по дальнейшей трудоспособности
 - 14.1.6. Противоэпидемические мероприятия
 - 14.2. Рекомендации другим специалистам в связи с сопутствующей патологией
15. Подпись врача

II. Схема истории болезни пациента, страдающего ИППП

История болезни пациента с венерическим заболеванием должна начинаться с записи данных из направления на госпитализацию:

- каким специалистом
- из какого лечебного учреждения
- с каким диагнозом направлен(а) больной(ая)
- когда

На больных с впервые в жизни установленным диагнозом:

- сифилиса
- гонореи
- трихомониаза
- хламидиоза
- генитального герпеса
- аногенитальных бородавок

составляется экстренное извещение по форме 089/у-00. Извещение составляется врачом при установлении окончательного диагноза ИППП, который должен быть подтвержден лабораторными исследованиями.

ЖАЛОБЫ

В ряде случаев жалобы могут отсутствовать у больных, выявленных активно при различных видах профилактического обследования.

Жалобы, отражающие наличие венерического заболевания, ИППП и возможных осложнений:

1. Выделения

- 1.1. Вид: слизистые, гнойные, кровянистые
- 1.2. Цвет: белый, серый, желтый, зеленый
- 1.3. Характер: прозрачные, мутные, пенистые
- 1.4. Консистенция: жидкие, густые, крошковидные, хлопьевидные, гомогенные
- 1.5. Наличие запаха: «кислый», «тухлой рыбы», и др., без запаха
- 1.6. Локализация: уретра, гениталии (жен.), ректум, конъюктива
- 1.7. Количественная характеристика: обильные, умеренные, скудные
- 1.8. Изменения во времени: постоянные, эпизодические, периодические, меняющиеся по интенсивности
- 1.9. Факторы, провоцирующие появление или усиление жалоб:

- мочеиспускание: воздержание от мочеиспускания, в начале или в конце мочеиспускания (муж.)
- коитус
- особенности сексуальной практики: орогенитальные, аногенитальные контакты
- смена полового партнера
- алкоголь
- характер питания: остро-соленая пища, «сладкое»
- менструация (жен.), фазы менструального цикла
- физические нагрузки
- простудные заболевания
- обострение хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (жен.)
- прием лекарственных препаратов системно, местно: антибиотики, гормоны, контрацептивы и др.
- стресс

2. Боль (зуд, жжение, дискомфорт), не связанные с высыпаниями

- 2.1. Локализация: уретра, область наружных гениталий, промежности, перианальная область, тазовые боли: разлитая боль, в области пупка, в нижней части живота (справа, слева), в надлобковой области, в области промежности (муж.), ректум
- 2.2. Иррадиация боли: поясничная область, крестец, ректум, бедро, плечо и др.
- 2.3. Возникновение боли: внезапное, постепенное
- 2.4. Характер боли: пульсирующая, постоянная, острая, тупая
- 2.5. Продолжительность и периодичность: минуты, часы, сутки, один раз в месяц и др.
- 2.6. Сила боли: сильная, умеренная, слабая
- 2.7. Факторы, провоцирующие появление или усиление боли: (см.1.9.)

3. Дизурия

- 3.1. Частое мочеиспускание, позывы к мочеиспусканию
- 3.2. Терминальная гематурия
- 3.3. Затруднение при мочеиспускании, прерывистая струя мочи, острая задержка мочи
- 3.4. Неполное мочеиспускание
- 3.5. Недержание мочи (жен.)

Факторы, провоцирующие появление или усиление жалоб: (см.1.9.)

4. Высыпания

4.1. Основные группы высыпаний:

- мало дифференцированные наименования высыпаний: сыпь, поражение кожи, слизистых, покраснение, отечность, опухоль и др.
- высыпания, относящиеся к первичным и вторичным морфологическим элементам (по частоте предъявляемых жалоб): язвы, эрозии, трещины, «бородавки», корки, гнойники, пятна, пузырьки, шелушение и др.

4.2. Характеристика высыпаний: размеры, глубина залегания, цвет, консистенция, количество, взаимное расположение, локализация

4.3. Сопровождаются болезненными ощущениями (см.2), нет

4.4. Осложнения, вызванные высыпаниями:

- ущемление головки полового члена
- невозможность открытия головки полового члена

4.5. Другие проявления болезни на коже и слизистых: выпадение волос (брови, ресницы, волосистая часть головы) и др.

5. Жалобы, связанные с патологией репродуктивной системы

5.1. Нарушение менструального цикла

- отсутствие менструаций
- ослабление, укорочение, урежение менструального кровотечения
- увеличение кровопотери, большая продолжительность менструального кровотечения
- укорочение ритма менструаций
- ациклические маточные кровотечения
- болезненная менструация

5.2. Бесплодие первичное, вторичное

5.3. Отягощенные акушерский анамнез: патология беременности, родов, послеродового периода, заболевания новорожденного

5.4. Нарушение половой функции:

- временное повышение, ослабление полового влечения; частые поллюции, болезненные эрекции, недостаточные эрекции, импотенция (муж.)
- болезненность при коитусе, контактное кровотечение, затруднение или невозможность полового акта и др. (жен.)

6. Соматические и все другие жалобы

Рассматриваются не только как наличие сопутствующих заболеваний, но и как возможные проявления венерических заболеваний, ИППП:

поражение нервной системы, внутренних органов при сифилисе, диссеминированной гонококковой инфекции, болезни Рейтера; поражение суставов при ИППП

6.1. Нарушение общего состояния:

- симптомы интоксикации (повышение температуры, озноб, отсутствие аппетита и др.)
- симптомы психостении (быстрая утомляемость, апатия и др.)

6.2. Состояние нервной системы

6.3. Состояние органов дыхания

6.4. Состояние сердечно-сосудистой системы

6.5. Состояние желудочно-кишечного тракта и гепатобиллиарной системы

6.6. Состояние костно-мышечной системы

ANAMNESIS MORBI

Анамнез заболевания должен содержать следующую информацию:

1. Путь выявления больного:

- обратился сам с жалобами
- обратился сам, узнав о заболевании полового партнера

Выявлен активно:

- как половой контакт или предполагаемый источник заражения
- как донор
- при госпитализации в различные отделения (терапевтическое...)
- при обследовании диспансерных групп в условиях женской консультации (беременные, прерывающие беременность)
- при медицинских осмотрах лиц декретированных профессий
- по направлению милиции и др.

2. Каким специалистом выявлен: венерологом, гинекологом, урологом...

3. Длительность заболевания по различным критериям:

- появление жалоб
- данные конfrontации
- косвенные данные: случайная половая связь, обследование на венерические заболевания в прошлом (см.1)

4. Анализ особенностей течения заболевания:

- При установлении поздних стадий сифилиса, замечал ли больной проявления ранних стадий (при этом помнить, что сифилис может протекать под маской многих заболеваний; «гриппа», «ангины»,

«ларингита», «токсикодермии» и др.), при торпидном течении гонореи, был ли эпизод острой фазы и др.

- Первая локализация высыпаний, последующая; характеристика высыпаний (см), быстрота регресса, регресс самостоятельный, после лечения (чем)

- Анализ факторов, влияющих на появление или усиление симптомов (см. 1.9.)

- Если было венерическое заболевание в прошлом, для решения вопроса: «рецидив или новое заражение» следует использовать следующие критерии: качество лечения, в каком лечебном учреждении проводилось, амбулаторно, стационарно, какими антибиотиками; наличие подтверждающего медицинского документа; результаты контролей излеченности, динамика титра серологических реакций, снят ли с учета

- Наличие нового источника заражения и др.

5. Какой путь прошел больной до постановки клинического диагноза с одновременным анализом причин, обусловивших развитие той или иной формы заболевания:

- когда, к какому специалисту, в какое лечебное учреждение обратился впервые, впоследствии, какие диагнозы выставлялись (наличие диагностических, тактических ошибок), назначалось ли лечение, факт самолечения, прием антибиотиков, протистоцидных препаратов, медицинские манипуляции при нераспознанной инфекции (ВМС...)

- влияние других заболеваний: ВИЧ-инфекции, гепатита, истощение...

- кем поставлен клинический диагноз, лабораторное подтверждение диагноза, серологические реакции (какие), микроскопия, культуральный метод, ПЦР, на базе какого лечебного учреждения проводились лабораторные исследования.

6. Причина госпитализации: тяжелая форма заболевания, детский возраст, беременность, социальные показания и др. При несвоевременной госпитализации указать ее причину.

Эпидемиологический анамнез

Эпидемиологический анамнез оформляется как составная часть анамнеза заболевания и содержит сведения, уточняющие или подтверждающие пути и сроки заражения, определяют круг лиц, которые должны быть привлечены к обследованию и лечению.

- Исключаются вне половые пути заражения и инфицирования других лиц: гемотрансфузии, наркотики в/в, является ли донором

- Половой анамнез: возраст начала половой жизни: в браке, вне брака; семейное положение (замужем, не замужем, разведен(а), вдов(а); брак 1,2,3... (не)регистрирован; количество половых партнеров всего; в том числе – наличие случайных половых связей; половые связи (не)защищенные; особенности сексуальной практики, обращение к услугам проституток.

Временной период, за который собираются подробные сведения о половых партнерах, определяется стадией и клинической формой заболеваний. Например, при сифилисе первичном серонегативном – за 2 месяца, при вторичном рецидивном сифилисе – от 5 месяцев до 2 лет; при клинически выраженной гонорее – за 14 дней или последний половой партнер, если контакт был ранее; при бессимптомной гонорее – за 90 дней.

Данные о бытовых контактах собираются при установлении возможности бытового заражения:

- заразные проявления на слизистой ротовой полости:
- учет детей до 3 летнего возраста (независимо от локализации заразных проявлений у больных сифилисом)
- девочки в возрасте до периода начала менструального цикла – бытовые контакты больных гонореей, трихомониазом.

Данные о половых и бытовых контактах записываются в истории болезни и заносятся в «Лист половых и бытовых контактов»: ФИО, возраст, адрес, место работы, профессия (в других сведениях, которые помогут в розыске контакта), отношение к больному (жена, сожительница, знакомая и др.), дата первой и последней половой связи. При случайных половых связях необходимо представить описательный портрет полового партнера. Для бытовых контактов – использование общих предметов личной гигиены, посуды и др.

По каждому контакту должно быть представлено заключение: патронаж какого учреждения (ОКВД, ГКВД и др.) занимается привлечением к обследованию, когда контакт назван и когда сведения переданы в патронаж, результаты обследования, диагноз, где проводится лечение (наблюдение), не разыскан по причине...

ANAMNESIS VITAE

1. Обстоятельства рождения
2. Наследственность
3. Аллергоанамнез
4. Болезни детского и взрослого периода
5. Акушерско-гинекологический анамнез (при необходимости обсуждается в анамнезе заболевания)
 - Начало менструального цикла, в каком возрасте, сроки установления регулярного цикла
 - Характеристика менструального цикла: длительность кровотечения, обилие, сопровождается болью (нет), периодичность, регулярность
 - Нарушения: аменорея, гипоменорея, олигоменорея, опсоменорея, меноррагии, метроррагии; дата последней менструации (больная может не знать о наличии беременности)
 - Количество беременностей, чем закончились: роды в срок, преждевременные, мертворождение, выкидыши (в каком сроке), медицинские аборт (осложнения) (с указанием дат)
 - Осложнения при беременности, в родах, послеродового периода, заболевания новорожденного.
6. Образование
7. Профессиональный анамнез
8. Материально-бытовые условия: в какой квартире, доме живет (степень благоустройства); материальное положение (неудовлетворительное, удовлетворительное, хорошее)
9. Вредные привычки:
 - курение: с какого возраста, какое количество сигарет в день выкуривает
 - употребление алкогольных напитков, с какого возраста, частота, количество
 - употребление наркотиков: систематически, эпизодически, пробовал однократно
 - вид психоактивного вещества: опий, маковая соломка, марихуана, героин, гашиш и др.: доза, количество, частота; характер употребления (в/в, курение, per os, вдыхание паров)
10. Судим, не судим, сколько лет находился в заключении и по какой статье.

STATUS SPECIALIS

Гинекологический статус

1. Наружные половые органы сформированы:
 - правильно
 - неправильно
2. Оволосение:
 - по женскому типу
 - гипертрихоз
 - по мужскому типу (гирсутизм)
3. Состояние брюшной стенки при пальпации:
 - мягкая, безболезненная
 - напряжена, разлитая болезненность
 - симптом Щеткина-Блюмберга (положительный, отрицательный)
4. Характеристика паховых лимфатических узлов
5. Состояние слизистой вульвы (наружных половых органов):
 - покрыта выделениями (вид, характер, цвет, консистенция, количество, наличие запаха), нет; выражена сухость
 - окраска слизистой (бледно-розовая, гиперемирована диффузно, очагово, цианотична)
 - пастозность, отечность
 - контактное кровотечение
 - утолщение слизистой, лейкоплакия
 - истончение слизистой, атрофия
 - кисты сальных желез

Выраженность симптомов: сильно, умеренно, слабо
6. Морфологические элементы на слизистой вульвы (пятна, узелки, эрозия, язвы, трещины и др.) и их характеристика (локализация, количество, взаимное расположение, размеры, цвет, плотность, глубина. Субъективные ощущения)
7. Уретра:
 - состояние губок уретры (бледно-розовые, сомкнутые; гиперемированы, пастозны, отечны, наружное отверстие уретры зияет)
 - пальпация уретры: уретра пастозная, отечная, мягка, инфильтрированная, (без)болезненная, появляются выделения (их характеристика)
 - парауретральные ходы: не определяются, выражены; их устье гиперемировано, при пальпации появляется отделяемое (нет), характеристика отделяемого.

8. Большие вестибулярные железы:
- не определяются, область их расположения безболезненна
 - гиперемия протоков устья железы
 - пальпация железы: инфильтрация, безболезненность, наличие отделяемого после массажа железы (характеристика отделяемого)
 - наличие резко болезненной неподвижной опухоли, без четких границ с гиперемией надлежащей кожи, слизистой (абсцесс бартолиниевой железы)
 - наличие безболезненной опухоли округлой формы, тугоэластической консистенции, с четкими границами, с флюктуацией, размеры... (киста)
9. Состояние кожи промежности, перианальной области; наличие высыпаний, их характеристика
10. Влагалище:
- состояние слизистой, характер выделений, наличие морфологических элементов (см. состояние слизистой вульвы, характеристика выделений)
 - дополнение: скопление выделений в области сводов, в области заднего свода, по стенкам влагалища соответственно описанию клиники вульвовагиниты: макулярный, атрофический, папиллярный, фолликулярный (зернистый), эрозивный, язвенный и др.
11. Шейка матки:
- форма (коническая, цилиндрическая)
 - размеры (обычные, гипертрофия, гипоплазия)
 - зев (точечный, щелевидный, деформирован)
 - состояние слизистой влагалищной части шейки матки, характер выделений из цервикального канала (см. состояние слизистой вульвы, характеристика выделений)
 - наличие морфологических элементов (эрозии, язвы), эрозия циркулярная вокруг наружного зева или эксцентрично располагается, размеры, очертания, края, форма, кровоточивость.
 - наличие *ovuli Nabothii*
12. Бимануальное обследование:
- тело матки: расположение (симметричное, смещено (как); изгиб кпереди (*anteflexio*), кзади (*retroflexio*), отклонение кзади (*retroversion*); размеры, конфигурация; консистенция (плотная, тестоватая, мягкая); болезненность; появление боли при смещении шейки матки
 - придатки матки: величина, форма, (в виде «тяжей», опухолевидная...), консистенция, подвижность (неподвижная в складках), болезненность
 - параметров: без изменений, наличие «тяжей», инфильтратов

Урологический статус

1. Наружные половые органы сформированы:
 - правильно
 - имеются аномалии (удвоение уретры, гипоспадия, эписпадия и др.)
 - искусственная деформация (инородные тела)
2. Состояние кожи головки, венечной борозды, крайней плоти, уздечки, тела полового члена:
 - окраска (бледно-розовая, гиперемия, диффузная, очаговая...)
 - наличие пастозности, отека
 - покрыта выделениями (вид, характер, цвет, консистенция, количество, наличие запаха, см. стр.17)
 - выраженная сухость, шелушение

Выраженность симптомов: сильно, умерено, слабо
3. Морфологические элементы на коже головки, тело полового члена (пятна, узелки, эрозии, язвы, трещины, чешуйки, корки, рубцы)
 - характеристика элементов (локализация, количество, взаимное расположение, размеры, цвет, плотность, глубина, субъективное ощущение)
 - Баланопостит: макулярный, цирцинарный, ксеротический, эрозивно-язвенный и др.
4. Состояние кожи, морфологические элементы, скопления выделений в перианальной области; морфологические элементы кожи промежности, мошонки, паховых складок
5. Уретра:
 - состояние губок уретры (бледно-розовые, гиперемированы, отечны, эктропион, склеивание «губок»)
 - отделяемое из уретры (не мочился, сколько часов) (свободно стекает, появляется при надавливании на уретру, определяется только в ложечке Фолькмана при заборе материала для исследования), вид, характер, цвет, консистенция, количество, наличие запаха
 - парауретральные ходы, тизоновы железы: не определяются, выражены; их устья не изменены; их устья гиперемированы, при надавливании появляется отделяемое (нет), характеристика отделяемого
 - пальпация уретры: ограниченные или разлитые инфильтраты, фолликулярные абсцессы, конкременты, дивертикулы (литтреит, кавернит, внутриуретральный твердый шанкр); болезненность (нет), появление выделений (нет), характеристика симптомов

6. Характеристика лимфатических сосудов на спинке полового члена и паховых лимфатических узлов (лимфатические сосуды в виде плотного тяжа, кожа над ними изменена (нет), цвет, болезненность (нет))

7. Органы мошонки:

- кожный покров мошонки (гиперемия, отечность, отсутствие нормальной складчатости, наличие инфильтратов, асимметрия мошонки)

- пальпация органов мошонки (яички, придатки, семенной канатик): форма, величина, консистенция, подвижность яичек, четкость границы между придатком и яичком; характер поверхности органа; наличие уплотнений или участков размягчения, выпота в оболочке, инфильтратов, рубцов, спаек

8. Предстательная железа (пальпаторное обследование):

- четкость границ, величина, форма, выраженность центральной борозды, симметричность левой и правой долей, вид поверхности, консистенция;

- инфильтраты, узлы, флюктуирующие очаги, западения, конкременты;

- локализация и выраженность болевых ощущений (в пределах или вне границ предстательной железы)

9. Семенные пузырьки (пальпаторное обследование):

- в норме могут не прощупываться;

- определяются выше и латеральнее предстательной железы;

- консистенция (мягкие, плотные), границы (четкие, нет), компактные, флюктуирующие;

- субъективные ощущения (чувствительные, болезненные)

10. Бульбоуретральные железы (пальпация):

- в норме не прощупываются;

- болезненные уплотненные узлы сбоку от средней линии промежности, ниже предстательной железы

11. Данные дополнительного обследования:

- двухстаканная проба Томпсона (определение уровня поражения уретры)

- исследование прямым бужом (определение литтреита, стриктур, инфильтратов)

- уретроскопия

- диафаноскопия

Специальный статус больного сифилисом

Специальный статус больного сифилисом включает описание морфологических элементов сыпи с подробной их характеристикой на коже и слизистых, описание гинекологического, урологического статуса.

Рекомендуется следующая последовательность описания высыпаний и других клинических проявлений:

- слизистая ротовой полости (зев, миндалины, твердое, мягкое небо, язык, слизистая щек, десен, красная кайма губ, проявления специфического ларингита – осиплость голоса)
- кожи в/ч головы, лица, шеи, туловища, конечностей, ладоней, подошв
- состояние волос (в/ч головы, брови, ресницы)
- описание высыпаний на наружных гениталиях, в области промежности, перианальной области
- проявления сифилиса (твердый шанкр) на шейке матки
- состояние всех доступных пальпации периферических лимфатических узлов (размеры, количество, плотность (консистенция), спаенность с кожей и между собой, болезненность, изменение надлежащей кожи)

Далее описание гинекологического, урологического статуса.

При этом помнить, что локализация твердого шанкра – это информация о пути заражения больного; выделить признаки, важные для определения длительности заболевания (обилие высыпаний, группировка, размеры элементов, яркость окраски); при описании высыпаний, которые не относятся к проявлениям сифилиса давать им интерпретацию (например: проявления чесотки, отрубевидного лишая); не допускать фраз «лимфатические узлы не изменены» и т.д.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

1. Диагноз основного заболевания:

- этиологический диагноз
- клиническая форма
- стадия
- осложнения (для больных сифилисом в скобках выносятся клинический симптомокомплекс)

2. Диагноз сопутствующих заболеваний

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Стандарт обследования основного заболевания
2. Стандарт обследования сопутствующего заболевания
3. Стандарт обследования по эпидемиологическим показаниям

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Соответственно клиническим рекомендациям Минздрава РФ.

ДНЕВНИК

- какие сутки антибиотикотерапии (для больных сифилисом), полученная доза антибиотиков
- жалобы, изменения жалоб
- характеристика общего состояния больного (динамика)
- характеристика специального статуса (динамика). На какой день лечения произошел полный регресс тех или иных сифилидов; исчезли выделения, боли...
- переносимость лечения
- перечень препаратов, методов лечения на данный день

ЭПИКРИЗ

1. Фамилия, инициалы больного
2. Возраст больного
3. Лечебное учреждение, где проводилось лечение
4. Отделение, где проводилось лечение
5. Дата госпитализации, дата выписки
6. Полный диагноз (основной, сопутствующие осложнения)
7. Виды и результаты проведенных исследований
8. Заключение консультантов
9. Перечень использованных для лечения методов и средств (на латинском языке с указанием доз, способов применения и сроков лечения)
10. Динамика состояния больного в процессе лечения
11. Эффективность терапии
12. Побочные явления
13. Результаты лечения: состояние при выписке
14. Рекомендации по дальнейшему ведению больного. Рекомендации включают клинико-серологический контроль, контроль излеченности ИППП в сроки согласно существующим инструкциям.

ЗАПИСЬ ОБ ИНФОРМИРОВАННОМ СОГЛАСИИ ПАЦИЕНТА

С информацией о состоянии своего здоровья (включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске) ознакомлен. Все положения этой информации мне разъяснены и поняты. С планом лечения и дальнейшего обследования согласен.

Дата _____

Подпись _____

СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ

Я,

Пациент(ка)

Даю свое согласие на применение моего лечения методик с использованием и являющихся усовершенствованными методами. Мне разъяснена сущность применяемых методов лечения, заключающихся в

Я согласен (на) с тем, что количество и состав процедур будет определяться лечащим врачом в соответствии с имеющимися показаниями и противопоказаниями.

Мне объяснено, что положительный эффект от проводимой терапии достигается в _____% случаев и проявляется стабилизацией состояния

Я и мои родственники предупреждены о возможности развития побочных реакций, носящих характер аллергических (индивидуальная непереносимость препаратов). Мне сообщено, что частота развития аллергических реакций по опыту лечения составляет

Я прошу применить для моего лечения вышеперечисленные методики.

Пациент

«__» _____ 202__ г.

Лечащий врач

«__» _____ 202__ г.

РАЗРЕШЕНИЕ
НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ

Пользуюсь правом, предоставленными мне ст. 31, 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан РФ» я,

Разрешаю давать информацию о моем здоровье (о его характере и особенностях, о прогнозе, предстоящей операции, ожидаемых результатах и возможных последствиях, о степени риска, об осложнениях, о течении послеоперационного периода, а также любые сведения о моем здоровье) только

Ф. И. О. лица, кому разрешено давать

информацию или иная запись пациента, касающаяся круга лиц, которым

можно давать информацию о состоянии его здоровья в ходе лечения

Дата _____
пациента _____

Подпись

ЛИСТОК УЧЕТА ПОЛОВЫХ И БЫТОВЫХ КОНТАКТОВ БОЛЬНОГО

№	Половые и бытовые контакты. Ф. И. О., возраст, место работы, должность, адрес или описательный портрет. Источник выделить (подчеркнуть)	Отношение к больному (муж, жена, знакомый, случайный сожитель и т.д.)	Дата первой и последней половой связи	Дата получения и передачи сведений о контакте	Дата привлечения контакта к обследованию	Результаты обследования: 1. диагноз и где лечится. 2. проф. лечение и где проводится. 3. не разыскан. 4. наблюдение 5. связь не подтвердилась

10. Заболевание выявлено: в каком учреждении, каким специалистом, при
каких обстоятельствах выявлен больной (вписать)

11. Дата установления окончательного диагноза заболевания

Фамилия, имя, отчество врача, установившего диагноз

12. Источник заражения (выявлен, не выявлен) подчеркнуть

13. Судимость _____

14. Женат (холост), замужем (незамужем), разведена.

Подпись врача _____

Тренировочные тесты

1. К КАКОМУ ДЕРМАТОЗУ ОТНОСИТСЯ ПСОРИАЗ:

- a. аутоиммунный дерматоз
- b. фотодерматоз
- c. акнеформный дерматоз
- d. алергодерматоз
- *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:

- *a. поражение кожи и слизистых оболочек полости рта
- b. полиморфизм высыпаний
- c. типичная локализация - локти и колени
- d. серовато – белый цвет очагов
- e. обильное шелушение на поверхности очагов

8. ОСНОВА ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ПУВА – ТЕРАПИИ:

- a. активация Т-клеточного иммунитета
- *b. подавление клеточной пролиферации
- c. мембраностабилизирующее действие
- d. активация функции коры надпочечников
- e. активация меланоцитов

9. МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА:

- a. УФО и сульфаниламиды
- b. ретиноиды и антибиотики
- c. циклоспорин и делагил
- *d. метотрексат и ретиноиды
- e. антибиотики и делагил

10. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- *a. нерациональная наружная терапия в прогрессирующей стадии
- b. контакт с моющими средствами
- *c. избыточная инсоляция
- d. употребление большого количества жирной пищи
- e. ношение синтетической одежды

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

- *a. дипросалик
- b. ламизил
- *c. дайвонекс
- d. бактробан
- e. микоспор

12. УКАЖИТЕ ТИПИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ ПАПУЛ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ:

- a. полициклические очертания
- *b. восковидный блеск
- *c. пупкообразное вдавление в центре
- d. коническая форма
- *e. 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

е. 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

- *с. кларитин
- *d. сонапакс
- е. нистатин

22. ДЛЯ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- *а. отсутствие отежности высыпаний
- *b. ярко-красные папулы, покрытые серебристо-белыми чешуйками
- *с. отсутствие чешуе-корок
- *d. отсутствие артралгии
- е. универсальное поражение кожных покровов

23. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ:

- *а. туловище
- *b. голени
- с. лицо
- *d. половые органы
- *е. слизистые оболочки полости рта

24. НА ПРИЕМ К ДЕРМАТОЛОГУ ОБРАТИЛАСЬ БОЛЬНАЯ, 42 ЛЕТ, С ЖАЛОБАМИ НА ПОЯВЛЕНИЕ ПОСЛЕ НЕРВНОГО ПОТряСЕНИЯ 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:

- а. псориаз
- b. пруриго
- с. вторичный сифилис
- *d. красный плоский лишай
- е. чесотка

25. ВЫБЕРИТЕ СИМПТОМ, ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ДЛЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ:

- а. симптом Никольского
- b. симптом Бенъе-Мещерского
- *с. симптом Викема
- d. симптом Горчакова-Арди
- е. симптом Пильнова

26. ДЛЯ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а. наличие муковидных чешуек
- b. наличие геморрагических корок
- с. наличие гнойных корок;
- *d. наличие серозных чешуе-корок
- *е. наличие отежных 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:

- *a. с псориазом
- *b. сифилисом
- *c. плоскими бородавками
- *d. токсикодермией
- *e. пруриго

31. ВЫБЕРИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РОЗОВОГО ЛИШАЯ:

- a. полициклические очертания высыпаний
- *b. желтовато-розовый цвет высыпаний
- c. восковидный цвет высыпаний
- *d. наличие «материнской бляшки»
- *e. расположение пятен по линиям натяжения Лангера

32. ВЫБЕРИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПСОРИАЗА:

- *a. феномен Кебнера
- b. сетка Викема
- *c. симптом стеаринового пятна
- d. симптом Никольского
- e. симптом Бенъе-Мещерского

33. В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ:

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

34. ПЕРВИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПРИ ПСОРИАЗЕ:

- a. пятно
- *b. узелок
- c. бугорок
- d. волдырь
- e. узел

35. ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОГО ЭЛЕМЕНТА ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ:

- *a. блестящий, фиолетового цвета
- b. полигональный, покрытый серебристыми чешуйками
- c. округлый, обладает периферическим ростом
- d. полушаровидный, ярко-розового цвета
- e. 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

е. 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 ?

- *а. центробежная эритема
- б. опухолевидная волчанка
- с. глубокая волчанка
- д. туберкулоидная волчанка
- е. себорейная волчанка

48. ПРИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНО ОБНАРУЖЕНИЕ В КРОВИ:

- а. эозинофилии
- б. лейкоцитоза
- с. анизоцитоза
- *д. LE– клеток
- е. тромбоцитоза

49. КАКОЙ ПРИЗНАК ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ПРОЦЕССА
ОТСУТСТВУЕТ У БАЗАЛИОМЫ?

- *а. метастазирование
- б. инвазивный рост
- с. прогрессирование
- д. пигментация

50. ИЗ КАКИХ КЛЕТОК КОЖИ ПРОИСХОДИТ БАЗАЛИОМА?

- а. клеток Лангерганса
- *б. базальных клеток эпителия
- с. шиповатых клеток эпителия
- д. меланоцитов
- е. фибробластов

51. СИМПТОМЫ МАЛИГНИЗАЦИИ ПИГМЕНТНЫХ НЕВУСОВ:

- а. отсутствие волос на поверхности невуса и венчик из «жемчужных» папул
- б. наличие волос на поверхности невуса и изменение размеров невуса
- *с. исчезновение кожного рисунка на поверхности невуса и ассиметрия невуса
- д. куполообразная форма с роговой пробкой в центре и венчик из «жемчужных» папул
- е. неравномерная окраска и образование полости

52. ПЕРВИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПРИ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ:

- а. пурпура
- б. гиперпигментация
- *с. эритема
- д. бугорок
- е. экхимоз

53. КОЖНАЯ ФОРМА КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- а. эритродермия
- б. линейная
- с. пустулёзная
- *д. диссеминированная
- е. полосовидная

54. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ПРИ КРАСНОЙ
ВОЛЧАНКЕ:

- *а. симптом дамского каблучка

- b. симптом терминальной пленки
- c. симптом Кёбнера
- d. симптом стеаринового пятна
- e. симптом Никольского

55. ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- a. склероз кожи и отек
- b. эритема и десквамация
- c. атрофия и болезненность
- d. десквамация и зуд
- *e. эритема и отёк

56. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ:

- a. антибиотики
- *b. антималярийные
- c. сульфаниламидные
- d. антигистаминные
- e. ферменты

57. СИМПТОМ ПРИ ДИСКОИДНОЙ ФОРМЕ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- *a. эритема в виде бабочки
- b. симптом наперстка
- c. лихенификация век
- d. симптом терминальной пленки
- e. глубокие узлы в подкожной жировой клетчатке

58. ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, СПОСОБНОЕ ПРОВОЦИРОВАТЬ СКЛЕРОДЕРМИЮ:

- a. туберкулез
- b. листериоз
- c. бруцеллез
- *d. боррелиоз
- e. гепатит С

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

- a. кетоконазол
- *b. бетаметазон
- c. мазь салициловая 2%
- d. мазь цинковая
- e. 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:

- *а. базалиомы
- в. меланомы
- с. плоскоклеточного рака кожи
- д. липомы
- е. себорейного кератоза

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

- *а. очаги хронической инфекции
- *в. лекарственная непереносимость
- с. гиперфункция сальных желез
- *д. аутоиммунные нарушения
- *е. инсоляция

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

- *а. акросклероз
- *в. бляшечная
- *с. полосовидная
- д. дискоидная
- е. хроническая диссеминированная

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

- *а. эритема
- *в. фолликулярный гиперкератоз
- с. отрубевидное шелушение
- *д. рубцовая атрофия
- е. лихенификация

65. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ПОЛОСОВИДНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- а. нос, щеки
- *в. лоб
- с. декольте
- *д. конечности
- е. ушные раковины

66. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СТАДИИ ЭРИТЕМАТОЗА (КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА):

- *а. атрофическая
- *в. гиперкератозно-инфильтративная
- с. стадия отека
- *д. эритематозная
- е. некротически-язвенная

67. НАЗОВИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СТАДИИ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- *а. сиреневое пятно
- в. лихенификации
- *с. пигментация
- *д. 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:

- *a. 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:

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

74. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ДИССЕМНИРОВАННОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

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

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

- *a. лидаза

- b. сульфаниламиды
- *c. никотиновая кислота
- *d. Д-пеницилламин
- *e. кортикостероиды

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

- *a. фонофорез с лидазой
- *b. гипербарическая оксигенация
- *c. парафиновые аппликации
- *d. лазерные облучения
- e. 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
- c. гипоаллергенная диета
- *d. применение фотозащитных кремов на открытые участки тела
- *e. санация очагов хронической инфекции

78. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ НАЧАЛО БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ:

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

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

- *a. солнечный дерматит
- *b. розацеа
- *c. себорейная экзема
- d. псориаз
- *e. грибковое поражение

80. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- *a. нос
- *b. щеки
- *c. красная кайма губ
- *d. волосистая часть головы
- *e. ушные раковины

81. НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОЧАГА БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ:

- *a. желтовато-белый цвет, блестящая поверхность
- *b. отсутствие волос и сглаживание кожного рисунка
- *c. деревянистая плотность

- *d. уменьшение пото- и салоотделения в очаге
- *e. чувство стягивания кожи

82. ДЛЯ ДИСКОВИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- a. эритема
- *b. везикуляция
- c. фолликулярный гиперкератоз
- d. рубцовая атрофия
- *e. крупнопластинчатое шелушение

83. РАЗВИТИЮ ПОЛНОЙ КАРТИНЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПРЕДШЕСТВУЮТ:

- *a. повышение температуры тела
- *b. общая слабость и быстрая утомляемость при привычной физической нагрузке
- *c. периодические боли в крупных и мелких суставах и тянущие боли в мышцах по ночам
- *d. повышение чувствительности к холоду
- e. 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 сенсibilизацией 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:

- *a. фокальная инфекция
- *b. инсоляция
- *c. обморожение
- *d. лекарственная непереносимость
- e. повышенное артериальное давление

91. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:

- *a. гиперкератоз
- *b. периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты
- *c. фибриноидные изменения соединительной ткани
- *d. вакуольная дистрофия базальных клеток
- e. спонгиоз

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

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

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

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

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

- A. Фиброма, кератоакантома, лейомиома
- B. Мастоцитомы, себорейная кератома, ксантогранулема
- *B. Папиллома, сенильная кератома, кератоакантома

- Г. Ангиома, пигментный невус, фиброма
- Д. Липома, папиллома, мастоцитомы

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, клеточный атипизм

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 sensibilized лиц
- с. характеризуется поливалентной sensibilization
- 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:

- a. токсикодермии
- b. себорейной экземы
- *c. аллергического контактного дерматита
- d. пустулезного псориаза
- e. атопического дерматита

102. ПРИЗНАК МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ:

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

103. ЛОКАЛИЗАЦИИ ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ 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, эритема
- 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

е. поливалентная сенсibilизация

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

- *а. острое воспаление с мокнутием
- б. подострое воспаление
- с. хроническое воспаление
- д. гиперкератоз
- е. эпидермолиз

116. СИСТЕМНАЯ КОРТИКОСТЕРОИДНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЭКЗЕМЕ ПОКАЗАНА:

- а. при ограниченном процессе
- б. при мокнутии
- с. при локализации на лице
- *д. при упорном течении
- е. при присоединении вторичной инфекции

117. ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ ЛАЙЕЛЛА:

- а. лечение дерматологом по месту жительства
- *б. лечение в реанимационном отделении
- с. лечение в терапевтическом стационаре
- д. лечение в дерматологическом стационаре
- е. 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:

- *а. для аллергического дерматита
- б. микробной экземы
- с. простого дерматита
- д. токсидермии
- е. 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:

- а. аллергического контактного дерматита
- б. простого контактного дерматита
- *с. медикаментозной токсидермии
- д. истинной острой экземы
- е. 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:

- *a. прекратить пользование стиральным порошком
- b. назначить ванночки для рук 1 раз в день
- *c. назначить внутрь зиртек
- *d. назначить местно крем «Элоком»
- *e. применять при стирке местные защитные средства

125. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА МОГУТ БЫТЬ:

- *a. металлические украшения
- *b. синтетические ткани
- c. раствор концентрированной кислоты
- *d. декоративная косметика
- e. горчичники

126. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ПРОСТОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- *a. механическое трение
- *b. кипяток
- c. стиральный порошок

- *d. концентрированные щелочи
- *e. концентрированные кислоты

127. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА МОГУТ БЫТЬ:

- a. УФ-лучи
- *b. косметический крем
- *c. тени для век
- *d. пена для бритья
- *e. дезодорант

128. ОБЛИГАТНЫМИ ПРИЧИНАМИ ПРОСТЫХ ДЕРМАТИТОВ. ЯВЛЯЮТСЯ:

- *a. механические
- *b. физические
- *c. химические
- *d. биологические
- e. инфекционные

129. ДЛЯ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

- *a. нечеткие границы поражения
- b. асимметричность
- *c. зуд
- *d. мокнущие эрозии – «серозные колодцы»
- e. мономорфность сыпи

130. НАЗОВИТЕ ПРИЗНАКИ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ:

- *a. симметричность
- b. четкие границы
- c. локализация вокруг трофических и пиококковых язв
- *d. географические очертания
- e. импетигиозные корки

131. ДЛЯ СЕБОРЕЙНОЙ ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

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

132. НАЗОВИТЕ ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЭКЗЕМЫ:

- *a. спонгиоз
- b. субэпидермальные пузыри
- *c. лимфогистиоцитарная инфильтрация дермы
- d. гранулёз
- *e. 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
- д. 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
- *в. резистентности к обычной терапии
- *с. упорного течения
- д. присоединения вторичной инфекции

135. НАЗОВИТЕ СТАДИИ ОСТРОГО ПРОСТОГО ДЕРМАТИТА:

- *а. эритематозная
- *в. везикулобуллёзная
- *с. некротически-язвенная
- д. мокнутие
- е. корковая

136. НАЗОВИТЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, НАЗНАЧАЕМЫЕ ПРИ ОСТРОЙ ЭКЗЕМЕ:

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

137. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТОКСИДЕРМИИ:

- *а. сбор аллергологического анамнеза
- *в. 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
- *в. устранение внешних раздражающих воздействий
- *с. ограничение мытья
- д. назначение физиопроцедур

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

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

140. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ БЕЛЫЙ ДЕРМОГРАФИЗМ:

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

141. ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

- a. выявление акантолитических клеток
- b. выявление LE-клеток
- c. повышенная скорость оседания эритроцитов
- d. увеличение С-реактивного белка
- *e. 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. эксфолиации
- 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. эксфолиация
- c. пятно
- *d. волдырь
- e. лихенизация

148. УКАЖИТЕ H-1 ГИСТАМИНОБЛОКАТОР ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ:

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

149. КОМБИНИРОВАННЫЙ ТОПИЧЕСКИЙ СТЕРОИД:

- a. элоком
- b. адвантан
- *c. белогент
- d. синафлан
- e. преднизолон

150. ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ КРИТЕРИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

- a. наследственная предрасположенность
- b. весенне-зимний характер обострений
- *c. типичные клинические проявления для каждого возрастного периода
- d. хроническое рецидивирующее течение
- e. отсутствие сухости кожи

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

- *a. кожа щек
- b. подколенные сгибы
- c. локтевые сгибы
- d. верхняя часть груди
- e. кожа спины

152. ЗУД КОЖИ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬ:

- a. поражение нервной системы
- b. токсикоз беременных
- c. лейкоз, лимфогранулематоз
- d. злокачественные опухоли внутренних органов
- *e. все перечисленное

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

- a. истинной экземе
- *b. атопическом дерматите
- c. хронической крапивнице
- d. себорейной экземе
- e. псориазе

154. ВЫРАЖЕННОЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ, ПРОТИВОЗУДНОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ:

- *a. глюкокортикоидная мазь
- b. оксолиновая мазь
- c. индометациновая мазь
- d. дерматоловая мазь
- e. анестезиновая мазь

155. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРАПИВНИЦЫ:

- a. полиморфные высыпания
- b. мокнутие-«серозные колодцы»
- c. нарушение пото- и салоотделения
- *d. эфемерность высыпаний
- e. атрофия кожи

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

- a. крапивница
- b. многоформная экссудативная эритема
- c. аллергический дерматит
- d. хейлит
- *e. отек Квинке

157. РАННЕЕ НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПРИ:

- a. аллергическом дерматите
- b. истинной экземе
- *c. атопическом дерматите
- d. микробной экземе
- e. крапивнице

158. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОЧАГОВ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ВЗРОСЛЫХ:

- *a. лицо, воротниковая зона
- b. разгибательная поверхность конечностей
- c. ладони
- d. стопы
- e. волосистая часть головы

159. СРЕДСТВА ДЛЯ УВЛАЖНЕНИЯ И СМЯГЧЕНИЯ КОЖИ:

- a. взбалтываемые водные взвеси (болтушки)
- b. детергенты
- c. ретиноиды
- *d. эмоленты
- e. все перечисленное

160. ОБРАЗОВАНИЕ ВОЛДЫРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

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

е. 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. эскориации
- 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:

- *a. злокачественное новообразование
- *b. сахарный диабет
- c. псориаз
- *d. цирроз печени
- e. чесотка

167. ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО РАСПОЛОЖЕНИЕ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ:

- a. в локтевых сгибах
- *b. в области ладоней
- c. на задней поверхности шеи
- d. в области подколенных ямок
- *e. на волосистой части головы

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

- *a. экскориации
- b. волдыри
- c. эрозии
- d. везикулы
- *e. корочки

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

- a. 2% борно-нафталановая паста
- *b. мометазона фуруат
- c. 2% салициловая мазь
- d. примочки из отвара череды
- *e. пимекролимус

170. УКАЖИТЕ ВЕДУЩИЕ МЕХАНИЗМЫ ПАТОГЕНЕЗА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

- a. нейрогенные
- *b. иммунные
- c. вирусные
- d. обменные
- *e. генетические

171. УКАЖИТЕ ДЕРМАТОЗЫ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ПАТОГЕНЕЗОМ:

- a. кожный зуд
- *b. крапивница
- *c. атопический дерматит
- d. чесуха
- e. 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

*е. болезни печени

174. ДИАГНОЗ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН НА ОСНОВАНИИ:

- *а. указания на начало заболевания в детстве
- *b. улучшение в летнее время
- *с. наличия лихенефикации в локтевых и подколенных сгибах
- d. развития везикуляции в очагах поражения
- *е. белого дермографизма

175. В ВОЗНИКНОВЕНИИ СТРОФУЛЮСА ПЕРВОСТЕПЕННУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ:

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

176. ХРОНИЧЕСКУЮ КРАПИВНИЦУ НУЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

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

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

- a. волдырь
- *b. эскориация
- *с. эритема
- *d. лихенификация
- e. узел

178. УКАЖИТЕ ДЕЙСТВИЯ, КОТОРЫМИ ОБЛАДАЕТ КОРТИКОСТЕРОИДНАЯ МАЗЬ:

- *а. вазоконстрикторное
- *b. противозудное
- c. противомикробное
- *d. противовоспалительное
- e. дезодорирующее

179. УКАЖИТЕ ВЕРНЫЕ УТВЕРЖДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ:

- a. оказывают гистаминопектическое действие
- *b. являются H1-блокаторами
- *с. являются H2-блокаторами
- *d. оказывают противозудное действие
- e. являются H3-блокаторами

180. ОБОСТРЕНИЯ И РЕМИССИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЗАВИСЯТ:

- *а. от сезонности

- *b. погрешностей в диете
- *c. стрессогенных ситуаций
- *d. инсоляции
- *e. наследственности

181. ЗУД КОЖИ КАК СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- *a. сахарного диабета
- *b. глистной инвазии
- *c. болезней печени
- d. опоясывающего герпеса
- e. простого герпеса

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

- *a. беременности
- *b. СПИДу
- *c. болезням почек
- *d. гепатитам
- e. акантолитической пузырьчатке

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

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

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

- *a. противозудное действие
- *b. барьерстабилизирующее действие
- *c. противовоспалительное действие
- *d. кератопластическое действие
- *e. увлажняющее действие

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

- a. повышенный уровень сывороточных IgE-антител
- *b. выявление акантолитических клеток
- c. эозинофилия крови
- d. повышение цитокинов 2-го типа
- *e. повышение креатинина сыворотки

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

- a. лицо
- *b. ягодицы
- c. шея
- d. локтевые сгибы
- *e. ладони и подошвы

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

- a. лихенизация
- *b. эрозии
- c. лихеноидные папулы
- *d. белый дермографизм
- e. экскориации

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

- *a. противозудное действие
- *b. иммуносупрессивное действие
- *c. противовоспалительное действие
- *d. кератолитическое действие
- e. болезньюмодифицирующее действие

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

- *a. повышенный уровень сывороточных IgE-антител
- b. выявление акантолитических клеток
- *c. эозинофилия крови
- d. увеличение С-реактивного белка
- e. лейкопения

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

- *a. злокачественное новообразование
- *b. сахарный диабет
- c. псориаз
- *d. цирроз печени
- e. чесотка

191. ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО РАСПОЛОЖЕНИЕ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ:

- a. в локтевых сгибах
- *b. в области ладоней
- c. на задней поверхности шеи
- d. в области подколенных ямок
- *e. на волосистой части головы

192. ФЛИКТЕНА - МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ:

- a. гидраденит
- *b. импетиго вульгарное
- c. остиофолликулит
- d. сикоз вульгарный
- e. фурункулез

193. СУХАЯ ПОВЕРХНОСТНАЯ СТРЕПТОДЕРМИЯ:

- *a. простой лишай
- b. интертриго
- c. чешуйчатый лишай

- d. турниоль
- e. сикоз

194. В ЧЕМ ОПАСНОСТЬ ФУРУНКУЛА НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА:

- a. развитие флегмоны дна полости рта
- b. развитие рожистого воспаления лица
- c. развитие флегмоны шеи
- d. развитие заглочного абсцесса
- *e. развитие тромбоза кавернозного синуса

195. ГНОЙНОЕ РАСПЛАВЛЕНИЕ АПОКРИНОВЫХ ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

- a. карбункуле
- b. вульгарном сикозе
- c. вульгарной эктимае
- *d. гидраденит
- e. 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. тромбоз вен мозговых синусов
- *d. лимфаденит
- e. перикардит

214. УКАЖИТЕ ПОВЕРХНОСТНЫЕ ФОРМЫ СТРЕПТОДЕРМИЙ:

- *a. околоногтевая фликтена
- *b. импетиго вульгарное
- *c. буллезное импетиго

- d. эктима вульгарная
- *e. стрептококковая заеда

215. РАЗВИТИЮ ВУЛЬГАРНОГО СИКОЗА СПОСОБСТВУЮТ:

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

216. ВЫБЕРИТЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ НАЗНАЧЕНИЯ, ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЕ
ДЛЯ БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛЁЗОМ:

- *a. антибиотики широкого спектра
- *b. диета с ограничением углеводов
- *c. иммуномодуляторы
- *d. витамины групп А, В, С
- *e. 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
- *e. приуроченность к естественным отверстиям

218. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЧЕСОТКИ
ХАРАКТЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- *a. чесоточные ходы
- b. узелки, чешуйки
- *c. узелки, пузырьки
- d. бугорки, язвы, рубцы
- *e. 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:

- *a. при пиодермиях, сопровождающихся лихорадкой
- *b. рецидивирующих пиодермиях
- *c. локализации пиодермий на лице и голове
- d. одиночных фурункулах
- *e. глубоких пиодермиях

221. РАЗНОВИДНОСТЯМИ СТРЕПТОКОККОВОЙ ПИОДЕРМИИ
ЯВЛЯЮТСЯ:

- *a. стрептококковая заеда

- *b. буллёзное импетиго
- *c. щелевидное импетиго
- *d. поверхностный панариций
- *e. вульгарное импетиго

222. НОРВЕЖСКАЯ ЧЕСОТКА ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- *a. у больных с психическими заболеваниями
- b. у больных с сахарным диабетом
- *c. 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:

- *a. пузырьёк
- b. бугорок
- *c. узелок
- d. пятно
- e. корка

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

- *a. гиповитаминозы
- *b. нарушения обмена веществ
- *c. вегетативные неврозы
- *d. местное нарушение кровоснабжения
- *e. иммунодефицит

225. ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИОДЕРМИЙ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СРЕДСТВА:

- *a. фулорцин
- *b. гентамициновая мазь
- *c. левомеколь
- *d. чистый ихтиол
- *e. 2% салициловый спирт

226. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ЧЕСОТКОЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

- *a. применение эмульсии бензилбензоата
- b. применение УФ-облучения
- *c. назначение серных мазей
- d. исключение острой пищи
- *e. применение спрея «Спрегаль»

227. УКАЖИТЕ СРЕДИ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГЛУБОКУЮ ФОРМУ СТРЕПТОДЕРМИИ:

- a. стрептококковое импетиго
- b. околоногтевая фликтена
- *c. эктима вульгарная
- d. буллезное импетиго
- e. заеда

228. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ЧЕСОТКИ:

- a. инфильтрация в очагах поражения
- *b. папуловезикулезные элементы
- c. импетигинизация в очагах поражения
- *d. ночной зуд
- e. локализация в области волосистой части головы

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

- a. лицо
- *b. область сосков
- *c. межпальцевые складки кистей
- *d. боковые поверхности туловища
- *e. половые органы у мужчин

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

- *a. микротравмы кожи
- *b. загрязнение кожи
- *c. переохлаждение
- *d. перегревание
- e. употребление жирной пищи

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

- a. гидрокортизоновая мазь
- b. 2% борная мазь
- c. 5% салициловая мазь
- *d. 33% серная мазь
- e. 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 Бьене-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:

- *a. целостность рогового слоя кожи
- *b. сдвиг Рh кожной поверхности в кислотную сторону
- *c. физиологическое шелушение
- d. повышенное салоотделение
- e. повышенное потоотделение

245. К ГРУППЕ СТАФИЛОКОККОВЫХ ПИОДЕРМИЙ ОТНОСЯТСЯ:

- *a. сикоз простой
- *b. фурункулёз
- *c. 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. Остиофолл икул ит Бокхарта
- b. Сикоз стафилококковый
- *c. Буллезное импетиго
- d. Фолликулит
- e. Эпидемическую пузырчатку новорожденных

248 . КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПИОДЕРМИИ?

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

249. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НЕ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИОДЕРМИЙ?

- a. Системные антибиотики
- b. Общеукрепляющие средства
- *c. 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:

- *a. отрубевидном лишае
- b. красном плоском лишае
- c. псориазе
- d. хронической красной волчанке
- e. себорее

257. НАЗОВИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ГРИБОМ РОДА TRICHOPHYTON:

- a. вульгарный сикоз
- b. микроспория
- *c. паразитарный сикоз
- d. опоясывающий лишай
- e. чешуйчатый лишай

258. ИСТОЧНИКОМ ЗАРАЖЕНИЯ РУБРОФИТИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. собака
- b. корова
- c. мышь
- *d. больной человек
- e. кошка

259. НАЗОВИТЕ АНТИМИКОТИК СИСТЕМНОГО ДЕЙСТВИЯ:

- *a. орунгал
- b. клотримазол
- c. ацикловир
- d. микоспор
- e. нистатин

260. ПРЕПАРАТ ДЛЯ МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МИКОЗА:

- a. окрашенный метиленовым синим
- *b. обработанный щелочью
- c. обработанный физиологическим раствором
- d. нативный неокрашенный
- e. окрашенный по Граму

261. КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ПРИ МИКРОСПОРИИ:

- a. разрешение клинических проявлений и отсутствие свечения в лучах лампы Вуда
- b. отсутствие свечения в лучах лампы Вуда и один отрицательный результат микроскопии
- c. разрешение клинических проявлений и один отрицательный результат микроскопии

d. разрешение клинических проявлений и два отрицательных результата микроскопии
*e. разрешение клинических проявлений, отсутствие свечения в лучах лампы Вуда и три отрицательных результата микроскопии

262. ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ ПРИ ПРОСТОМ ГЕРПЕСЕ:

- *a. везикулы, эрозии
- b. гнойнички, корки
- c. бугорки, язвы
- d. папулы, чешуйки
- e. узелки, эритема

263. ПРИЗНАК ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА:

- a. склонность к рецидивированию
- b. феномен Кебнера
- *c. боли по ходу нервных стволов
- d. появление пузырей на неизменной коже
- e. мокнущие по типу «серозных колодцев»

264. ВОЗБУДИТЕЛЬ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ:

- a. ВПГ
- b. ЦМВ
- c. вирус Эпштейн-Барр
- *d. ВПЧ
- e. аденовирусы

265. ПРЕПАРАТ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ РЕЦИДИВА ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА:

- a. тетрациклин
- *b. валтрекс
- c. преднизолон
- d. делагил
- e. бисептол

266. УКАЖИТЕ КЕРАТОМИКОЗ:

- *a. отрубевидный лишай
- b. простой лишай
- c. кандидоз
- d. руброфития
- e. микроспория

267. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ ДАТЬ ЭПИДЕРМОФИТИЯ СТОП:

- a. истинная экзема
- b. токсидермия
- c. трофическая язва
- *d. рожистое воспаление
- e. 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

- с. мазь ацикловир
- *d. криодеструкция элементов
- е. аппликации фулорцина

276. ДЛЯ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ СЫПИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а. Гнойнички, язвы, гнойные корки
- б. Узелки, чешуйки, гиперпигментация
- с. Бугорки, язвы, геморрагические корки
- *d. Пузырьки, эрозии, серозные корки
- е. 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:

- а. Вульгарная пузырчатка
- б. Шанкриформная пиодермия
- *с. Рецидивирующий герпес
- d. Первичный герпес
- е. Первичный сифилис

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

- а. зуд
- б. жжение
- с. чувство стягивания кожи
- d. чувство покалывания в коже
- *е. болевой синдром

279. ПЛОСКИЕ БОРОДАВКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

- а. 50-60 лет
- б. 40-50 лет
- с. 30-40 лет
- *d. 6-10 лет
- е. 20-30 лет

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

- а. целестодерм(мазь)
- б. клотримазол(мазь)
- с. нистатин(таблетки)
- d. флуцинар(мазь)
- *е. гризеофульфин(таблетки)

281. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а. 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
- *с. 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
- *с. 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
- c. вульгарной пузырчаткой
- *d. простым герпесом
- e. опоясывающим герпесом

285. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА:

- a. 5% салициловая мазь
- *b. диатермокоагуляция
- c. зовиракс (мазь)
- *d. механическое удаление
- e. УФ-облучение

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

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

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

- *a. зовиракс (крем)

- b. ламизил (крем)
- *c. гель «Виру-мерц серол»
- d. вольтарен (мазь)
- *e. виферон (гель)

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

- *a. злокачественных новообразований
- b. глистной инвазии
- *c. инфекция ВИЧ на стадии СПИДа
- d. хронической почечной недостаточности
- *e. хронического лимфолейкоза

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

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

290. СРЕДИ РАЗНОВИДНОСТЕЙ БОРОДАВОК ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ:

- *a. обычные
- *b. плоские
- *c. подошвенные
- *d. остроконечные
- e. псориазиформные

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

- *a. предвестников
- *b. эритематозные
- *c. везикулёзная
- *d. эрозивная
- e. шелушения

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

- a. аутогемотерапия
- *b. герпетическая поливакцина
- c. инъекции антибиотиков
- *d. индукторы интерферона
- e. витаминотерапия

293. УКАЖИТЕ ПРИЗНАКИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА:

- *a. пузырьковые высыпания
- b. 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- гиперемизированном фоне
- *с. склонность к рецидивированию
- *d. излюбленная локализация на губах и гениталиях
- e. разрешение процесса с образованием рубцов

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

- *а. выдавливание содержимого элементов
- b. 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
- b. волдыри
- *с. невралгии
- d. частые рецидивы
- *е. начало заболевания в среднем и пожилом возрасте

297. 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 Кастеллани (фукорцин)

298. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБЫЧНЫХ БОРОДАВОК:

- a. зовиракс (мазь)
- *b. диатермокоагуляция
- c. флуцинар (мазь)
- *d. криодеструкция
- e. удаление лазером

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

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

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? Наметьте 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.

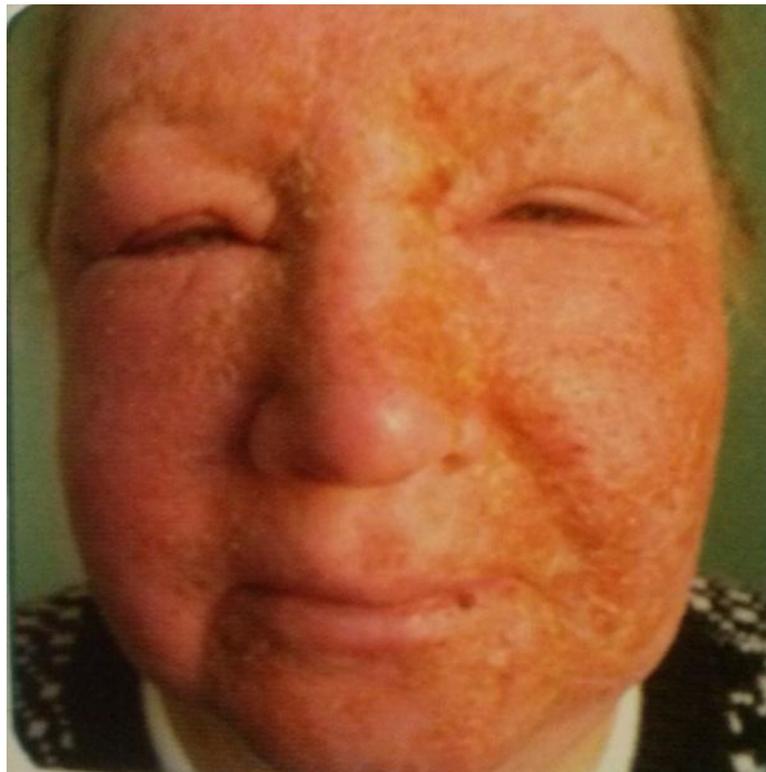
Из анамнеза: считает себя больной в течение 2х дней, когда через несколько часов после применения новой косметической маски для лица, появился отек и высыпания на коже лица, самостоятельно применяла детский крем – без эффекта.

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, экскориации - 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? Наметьте 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 преднизолоновой 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

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 9

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 10

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 11

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 розеолы 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 12

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 13

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 14

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 15

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.



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. Владимирова, В.В. Кожные и венерические болезни. Атлас: учеб. пособие / В.В. Владимирова – 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.-687с. : цв. ил.
9. Долгих, В. Т. Патологическая физиология : 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. Чернядзева, 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 – Режимдоступа: <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 псориазического артрита / О.В. Терлецкий К.И. Разнатовский, Г.И. Григорьев. – СПб.: Изд-во ДЕАН, 2014. – 486 с.

29. Хабиф Т.П. Кожные болезни: диагностика и лечение/Т.П. Хабиф. - 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. Патофизиология / 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. Хабиф Т.П. 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. Szczech, C.J. Kushner et al // *Biomed Res Int*. 2018 Jul 25;2018:3491798. doi: 10.1155/2018/3491798.

Учебное издание

Уфимцева Марина Анатольевна,
Бочкарев Юрий Михайлович,
Вишневская Ирина Федоровна
и др.

История болезни

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