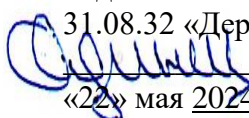


**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО**

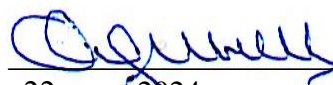
СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки

31.08.32 «Дерматовенерология»
 /А.В. Одинец/
«22» мая 2024 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой дерматовенерологии и
косметологии с курсом ДПО

 / А.В. Одинец /
«22» мая 2024 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	Дерматовенерология
Направление подготовки	31.08.32 « Дерматовенерология»
Направленность (профиль)	Подготовка кадров высшей квалификации
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2024

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения дерматовенерологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами с дерматологической патологией.
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о дерматологической заболеваемости.
ПК-5	готовность к диагностике дерматовенерологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
ПК-6	готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы.
ПК-7	готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в дерматовенерологической помощи.
ПК-8	готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.
ПК-9	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов с дерматовенерологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.
ПК-10	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике дерматовенерологических заболеваний.
ПК-11	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях.
ПК-12	готовность к проведению оценки качества оказания дерматовенерологической помощи с использованием основных медикостатистических показателей.

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
УК-1	Задание закрытого типа на	2 с эталоном ответов

	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ПК-12	Задание закрытого типа на установление соответствия	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	2 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	2 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	14 с эталоном ответов
Всего		467 заданий

УК-1	Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)	
	1. Что такое анемия?	б
	а) Увеличение количества эритроцитов в крови б) Снижение количества гемоглобина и/или эритроцитов в крови в) Увеличение количества лейкоцитов в крови г) Снижение количества тромбоцитов в крови	
	2. К какому виду гемобластозов относится эритремия (болезнь Вакеза)?	г
	а) Гематосаркома б) Острый лейкоз в) Хронический миелолейкоз г) Истинная полицитемия (гемобластоз)	
	3. Какой механизм гемостаза является первичным?	в
	а) Коагуляционный б) Фибринолитический в) Тромбоцитарно-сосудистый г) антисвертывающий	
4. Что такое лейкопения?	б	
а) Увеличение количества лейкоцитов в крови б) Снижение количества лейкоцитов в крови в) Увеличение количества тромбоцитов г) Снижение количества эритроцитов		
5. Какой вид анемии развивается при дефиците витамина В12?	в	
а) Железодефицитная б) Гемолитическая в) В12-дефицитная (мегалобластная) г) Постгеморрагическая		
6. Что характерно для острого миелолейкоза?	а	
а) Лейкемический провал (hiatus leukaemicus) б) Увеличение селезенки в) Лимфоцитоз г) Гиперхромная анемия		
7. Какой фактор не является причиной железодефицитной анемии?	б	
а) Хронические кровопотери б) Недостаток витамина В12		

<p>в) Нарушение всасывания железа г) Недостаточное поступление железа с пищей</p>	
<p>8. Что такое гемолиз?</p> <p>а) Усиленное разрушение эритроцитов б) Усиленное разрушение лейкоцитов в) Нарушение синтеза гемоглобина г) Нарушение свертывания крови</p>	а
<p>9. Какой вид лейкоцитоза чаще возникает при аллергических реакциях?</p> <p>а) Нейтрофилия б) Эозинофилия в) Базофилия г) Лимфоцитоз</p>	б
<p>10. Что такое ДВС-синдром?</p> <p>а) Диссеминированное внутрисосудистое свертывание б) Дефицит витамина К в) Нарушение тромбоцитарного гемостаза г) Гемолитическая анемия</p>	а
<p>11. Какой белок является патогномичным для миеломной болезни?</p> <p>а) Ферритин б) М-белок (моноклональный белок) в) Трансферрин г) Гемоглобин S</p>	б
<p>12. Что такое серповидно-клеточная анемия?</p> <p>а) Наследственная гемоглобинопатия с HbS б) Дефицит железа в) аутоиммунная гемолитическая анемия г) Постгеморрагическая анемия</p>	а
<p>13. Какой показатель снижен при гипохромной анемии?</p> <p>а) Количество лейкоцитов б) Цветовой показатель в) Количество тромбоцитов г) СОЭ</p>	б
<p>14. Что такое агранулоцитоз?</p> <p>а) Резкое снижение зернистых лейкоцитов (нейтрофилов) б) Увеличение количества лимфоцитов в) Снижение количества эритроцитов г) Повышение количества моноцитов</p>	а
<p>15. Какой хромосомный дефект характерен для хронического миелолейкоза?</p> <p>а) Филадельфийская хромосома б) Трисомия 21 в) Делеция 5q г) Транслокация 8;14</p>	а
<p>16. Что такое лейкомоидная реакция?</p> <p>а) Опухолевое заболевание крови б) Временная обратимая гиперплазия белого ростка крови в) Наследственная нейтропения г) аутоиммунное поражение лейкоцитов</p>	б
<p>17. Какой механизм лежит в основе наследственного микросфероцитоза?</p> <p>а) Дефект мембраны эритроцитов б) Дефицит Г-6-ФДГ в) Нарушение синтеза гемоглобина г) аутоиммунное разрушение эритроцитов</p>	а
<p>18. Что такое гиперволемиа?</p> <p>а) Увеличение общего объема крови б) Уменьшение общего объема крови</p>	а

	<p>в) Увеличение объема плазмы г) Уменьшение объема плазмы</p> <p>19. Какой вид анемии характеризуется наличием телец Гейнца?</p> <p>а) Железодефицитная анемия б) Гемолитическая анемия при дефиците Г-6-ФДГ в) В12-дефицитная анемия г) апластическая анемия</p> <p>20. Что такое тромбофилия?</p> <p>а) Повышенная склонность к тромбообразованию б) Повышенная кровоточивость в) Снижение количества тромбоцитов г) Нарушение функции тромбоцитов</p> <p>21. Какой фактор не участвует в тромбоцитарно-сосудистом гемостазе?</p> <p>а) Коллаген б) Фактор фон Виллебранда в) Витамин К г) Тромбоксан2</p> <p>22. Что характерно для хронического лимфолейкоза?</p> <p>а) абсолютный лимфоцитоз б) Нейтрофилез в) Тромбоцитоз г) Эритроцитоз</p> <p>23. Какой вид анемии развивается при хронической кровопотере?</p> <p>а) Острая постгеморрагическая б) Хроническая постгеморрагическая (железодефицитная) в) Гемолитическая г) В12-дефицитная</p> <p>24. Что такое пойкилоцитоз?</p> <p>а) Изменение размера эритроцитов б) Изменение формы эритроцитов в) Изменение окраски эритроцитов г) Наличие ядер в эритроцитах</p> <p>25. Какой показатель отражает способность костного мозга к регенерации при анемии?</p> <p>а) Количество ретикулоцитов б) Цветовой показатель в) СОЭ г) Гематокрит</p> <p>26. Что такое метгемоглобин?</p> <p>а) Гемоглобин, соединенный с угарным газом б) Окисленная форма гемоглобина, неспособная переносить кислород в) Фетальный гемоглобин г) Гемоглобин S</p> <p>27. Какой вид лейкоза чаще встречается у детей?</p> <p>а) Острый лимфобластный лейкоз б) Хронический миелолейкоз в) Хронический лимфолейкоз г) Миеломная болезнь</p> <p>28. Что такое гемосидерин?</p> <p>а) Белок-переносчик железа б) Железосодержащий пигмент, депонирующий железо в) Предшественник гемоглобина г) Продукт распада гемоглобина</p> <p>29. Какой механизм лежит в основе аутоиммунной гемолитической анемии?</p> <p>а) Образование антител против собственных</p>	<p>б</p> <p>а</p> <p>в</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p>
--	---	---

	<p>эритроцитов б) Дефект мембраны эритроцитов в) Дефицит ферментов г) Нарушение синтеза гемоглобина 30. Что такое филадельфийская хромосома? а) Хромосомная аберрация t(9;22) при хроническом миелолейкозе б) Делеция хромосомы 5 при анемии в) Трисомия 12 при хроническом лимфолейкозе г) Транслокация 8;14 при лимфоме Беркитта 31. Что такое система гемостаза? а) Система, обеспечивающая транспорт газов б) Биологическая система, обеспечивающая сохранение жидкого состояния крови и остановку кровотечений в) Система, отвечающая за иммунитет г) Система, регулирующая артериальное давление 32. Какие структуры участвуют в гемостазе? а) Только тромбоциты б) Только плазменные факторы в) Сосудистая стенка, клетки крови, плазменные ферментные системы г) Только эндотелий 33. Какой механизм гемостаза называют первичным? а) Сосудисто-тромбоцитарный б) Коагуляционный в) Фибринолитический г) Иммунный 34. В каких сосудах реализуется первичный гемостаз? а) В крупных артериях б) В сосудах микроциркуляторного русла (до 100–200 мкм) в) В венах г) В аорте 35. Что такое вторичный гемостаз? а) Адгезия тромбоцитов б) Гемокоагуляционный механизм с образованием фибринового тромба в) Спазм сосудов г) Агрегация тромбоцитов 36. Кто автор ферментативной теории свертывания крови? а) А.А. Шмидт б) И.П. Павлов в) Р. Вирхов г) А.А. Богомолец 37. Сколько фаз выделяют в процессе свертывания крови? а) Две б) Три в) Четыре г) Пять 38. Какой фактор свертывания крови обозначается как фибриноген? а) Фактор I б) Фактор II в) Фактор VIII г) Фактор X 39. Где синтезируются большинство факторов свертывания крови? а) В почках</p>	<p>а</p> <p>б</p> <p>в</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>в</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>в</p>
--	---	---

	<p>б) В печени в) В селезенке г) В костном мозге</p> <p>40. Какой витамин необходим для синтеза факторов II, VII, IX, X?</p> <p>а) Витамин А б) Витамин С в) Витамин К г) Витамин D</p> <p>41. Что такое тромбоцитопения?</p> <p>а) Снижение количества тромбоцитов ниже нормы б) Повышение количества тромбоцитов в) Нарушение функции тромбоцитов г) Увеличение объема тромбоцитов</p>	<p style="text-align: center;">а</p>
<p>УК-1</p>	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между классом клеток крови и их характеристикой:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Полипотентные стволовые клетки 2. Полиолигопотентные клетки-предшественницы 3. Моноолигопотентные клетки-предшественницы 4. Бласты 5. Зрелые клетки <p>А. Дают начало отдельным росткам миелопоэза Б. Способны к дифференцировке в различных направлениях В. Непролиферирующие специализированные клетки Г. Активно пролиферирующие, распознаваемые морфологически Д. Дают смешанные колонии из гранулоцитов, эритроцитов, макрофагов</p> <p>2. Установите соответствие между типом анемии и её причиной:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острая постгеморрагическая анемия 2. Железодефицитная анемия 3. В12-дефицитная анемия 4. Гемолитическая анемия 5. Апластическая анемия <p>А. Нарушение всасывания витамина В12 Б. Повышенное разрушение эритроцитов В. Быстрая потеря значительного объема крови Г. Дефицит железа вследствие хронических кровопотерь</p>	<p style="text-align: center;">1Б, 2Д, 3А, 4Г, 5В</p> <p style="text-align: center;">1-В, 2-Г, 3-А, 4-Б, 5-Д</p>

	Д. Угнетение костно-мозгового кроветворения	
УК-1	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Установите последовательность патологических механизмов, лежащих в основе системы красной крови:</p> <p>а) Нарушение соотношения эритропоэза и эритродиереза б) Увеличение выхода эритроцитов из сосудистого русла в) Нарушение эритропоэза г) Расстройство процесса эритродиереза</p> <p>2. Установите этапы патогенеза качественных нарушений эритроцитов:</p> <p>а) Изменение обменных веществ эритроцитах б) Патология формы, окраски, появления включений в) Нарушение созревания в костном мозге г) Расстройство выхода эритроцитов из костного мозга</p>	<p>в,г,а,б</p> <p>в,г,а,б</p>
УК-1	<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. Как называется первая стадия образования тромбоцитарного тромба? 2. Как называется процесс соединения тромбоцитов друг с другом с образованием конгломератов?</p>	<p>Адгезия</p> <p>Агрегация</p>
УК-1	<p>Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</p> <p>1. Больная В., 19 лет, поступила в хирургическое отделение городской больницы с диагнозом: открытый перелом левого бедра с обширным разможением мягких тканей травмированной конечности. Больная в сознании, на окружающее не реагирует, пульс нитевидный, кожа бледная, дыхание частое и поверхностное, артериальное давление не определяется. На 5-е сутки состояние больной улучшилось, однако, несмотря на проведенное лечение, осталась бледность кожных покровов, вялость, слабость. При исследовании крови обнаружены: эритроциты – 2,7 тер/л, гемоглобин – 85 г/л, анизоцитоз, пойкилоцитоз эритроцитов, ретикулоцитоз – 40 %.</p> <p>1. Какой синдром был обнаружен у больной на 5-е сутки после травмы? 2. По данным каких лабораторных исследований можно утвердить развитие синдрома у пациентки? 3. Что могло быть непосредственной причиной развития данного синдрома у данной больной? 4. Какие лабораторные признаки на 5-е сутки подтверждают тяжесть этого синдрома? 5. О чем свидетельствует ретикулоцитоз в крови пациентки?</p> <p>2. У Володи П., 13 лет, после перенесенного вирусного гепатита стала снижаться трудоспособность, появилось нежелание учить уроки и ходить в школу. Школьный врач направил Володю в поликлинику, где ему был проведен следующий анализ крови: эритроциты – 2,1 тер/л, гемоглобин – 70 г/л, ЦП= 1, анизоцитоз, ретикулоциты – 2 %, лейкоциты – 3,5 гиг/л, тромбоциты – 150 гиг/л.</p> <p>1. Какой синдром появился у Володи после перенесенного заболевания? 2. Какие лабораторные данные подтверждают наличие этого синдрома? 3. Как вы оцениваете функцию костного мозга в</p>	<p>1. Анемия.</p> <p>2. По количеству гемоглобина и эритроцитов (уменьшение) в литре крови.</p> <p>3. Кровопотеря.</p> <p>4. Пойкилоцитоз.</p> <p>5. Об усиленной функции костного мозга.</p> <p>1. Анемия.</p> <p>2. Уменьшение гемоглобина, эритроцитов, анизоцитоз.</p> <p>3. Слабая.</p> <p>4. Нет.</p> <p>5. Вирусное инфекционное заболевание (вирусный гепатит).</p> <p>1. Нет.</p> <p>2. Нет.</p>

	<p>ответ на убыль эритроцитов и гемоглобина в литре крови больного (достаточная, слабая, сильная)?</p> <p>4. Можно ли сказать, что прогноз в развитии синдрома будет благоприятным?</p> <p>5. Что могло стать причиной анемии в данном случае?</p> <p>3. Охарактеризовать эритрограмму больного С., 36 лет, диагноз – язвенная болезнь желудка: эритроциты – 5 тер/л, гемоглобин – 150 г/л, ЦП – 0,9, незначительный анизоцитоз, ретикулоциты – 6 %.</p> <p>1. Есть ли анемия?</p> <p>2. Есть ли у больного ретикулоцитоз?</p> <p>3. Какой тип кроветворения имеет этот человек?</p> <p>4. Какие клетки свидетельствуют в пользу данного типа кроветворения?</p> <p>5. Общее заключение о состоянии эритрона (есть ли нарушения, нарушений нет).</p>	<p>3. Эритробластический.</p> <p>4. Ретикулоциты.</p> <p>5. Нет нарушений.</p>
УК-2	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>Задание 1:</p> <p>Назовите процесс, относящийся к местному меланозу:</p> <p>1) лейкоплакия</p> <p>2) невус</p> <p>3) витилиго</p> <p>4) карциноид</p>	Правильно:2
	<p>Задание 2: Как рассматриваются изменения при тяжелой дисплазии?:</p> <p>1) истощение компенсации</p> <p>2) закрепление компенсации</p> <p>3) прозоплазия</p> <p>4) предрак</p>	Правильно:4
	<p>Задание 3: Назовите степени дисплазии:</p> <p>1) легкая, умеренная, тяжелая</p> <p>2) клеточная, внутриклеточная</p> <p>3) физиологическая, репаративная, патологическая</p>	Правильно:1
	<p>Задание 4: Какой атипизм характерен для злокачественных опухолей?:</p> <p>1) клеточный</p> <p>2) тканевой</p> <p>3) клеточный и тканевой</p>	Правильно:3
	<p>Задание 5: . Как называется опухоль, в которой хорошо выражена строма и паренхима?:</p> <p>1) гистиоидный</p> <p>2) органоидный</p>	Правильно:2
УК-2	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>Задание 1, Укажите характер роста, присущий злокачественным опухолям:</p> <p>1) экспансивный</p> <p>2) инфильтрирующий</p>	Правильно:2
	<p>Задание 2. Какие опухоли дают метастазы?:</p> <p>1) злокачественные</p> <p>2) доброкачественные</p>	Правильно:1
	<p>Задание 3. Укажите преимущественный путь метастазирования сарком:</p> <p>1) лимфогенный</p> <p>2) гематогенный</p> <p>3) имплантационный</p>	Правильно:2
	<p>Задание 4: Папиллома – это</p> <p>1. Доброкачественная опухоль из железистого эпителия</p> <p>2. Злокачественная опухоль из жировой ткани</p>	Правильно 3

	<p>3. Доброкачественная опухоль из многослойного плоского эпителия</p> <p>4. Злокачественная опухоль печени</p>	
	<p>Задание 5. Аденокарцинома -это</p> <p>1.злокачественная опухоль их железистого эпителия</p> <p>2.доброкачественная опухоль из железистого эпителия</p> <p>3.доброкачественная опухоль из хрящевой ткани</p> <p>4. доброкачественная опухоль почки</p>	Правильно 1
УК-2	<p>Задание открытого типа с развернутым ответом /задача</p> <p>Задача №1 (Опухолевые поражения кожи)</p> <p>При исследовании операционного материала (иссечение опухоли кожи спины) макроскопически определяется узел диаметром 1,5 см, с изъязвлением в центре, на разрезе ткань серо-розовая с очагами некроза.</p> <p>Микроскопия: В дерме разрастание атипичных лимфоидных клеток с церебриформными ядрами. Отмечается эпидермотропизм с формированием микроабсцессов Потрие (скопления атипичных лимфоцитов в эпидермисе).</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.</p> <p>2. Какие дополнительные иммуногистохимические маркеры необходимы для подтверждения диагноза и определения прогноза?</p> <p>3. Назовите основные гистологические критерии, позволяющие отличить данное заболевание от доброкачественных Т-клеточных лимфопролиферативных процессов кожи.</p>	<p>Ответ к задаче №1</p> <p>1. Грибовидный микоз, бляшечная стадия (опухолевая стадия исключается по макроописанию, но наличие изъязвления указывает на прогрессию). Код МКБ-О: M9700/3.</p> <p>2. Иммунофенотип: CD3+, CD4+, CD45RO+, экспрессия маркеров Т-хелперов. Потеря пан-Т-клеточных маркеров (CD7). Для прогноза важно определение крупноклеточной трансформации (экспрессия CD30) и пролиферативной активности (Ki-67).</p> <p>3. Основные критерии злокачественности:</p> <p>1) Наличие церебриформных лимфоцитов;</p> <p>2) Формирование микроабсцессов Потрие;</p> <p>3) Выраженный эпидермотропизм;</p> <p>4) Доказанная моноклональность Т-клеточной популяции (по перестройке гена TCR);</p> <p>5) Отсутствие выраженных признаков спонгиоза в эпидермисе, характерных для доброкачественных дерматитов</p>
	<p>Задача №2</p> <p>Условие: Иссеченная опухоль кожи носа диаметром 1 см, безболезненная, с перламутровым блеском.</p> <p>Микроскопия: гнезда и тяжи базалоидных клеток с гиперхромными ядрами, погруженные в дерму. Клетки на периферии комплексов расположены палисадообразно. В строме — фиброплазия и муцинозное изменение. Имеются участки, напоминающие структуры волосяных фолликулов.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Гистологический вариант базалиомы?</p> <p>2. Какие иммуногистохимические маркеры подтверждают базально-клеточную дифференцировку?</p> <p>3. Какой гистологический признак указывает на агрессивный (инфильтративный) тип роста?</p>	<p>Ответ к задаче №2</p> <p>1. Фолликулярный (или аденоидный) вариант базальноклеточного рака.</p> <p>2. ИГХ-маркеры: цитokerатины высокого молекулярного веса (CK5/6, CK14), p63, BER-EP4 (положительный), EpCAM.</p> <p>3. Инфильтративный (склеродермоподобный) тип роста — мелкие тяжи и гнезда клеток, погруженные в фиброзную строму, без четкой палисадности, часто с перинеуральным ростом.</p>
	<p>Задача №3</p> <p>Условие: Операционный материал — опухоль нижней губы с ороговением. Микроскопия: тяжи и комплексы атипичного плоского эпителия, инвазирующие подлежащую ткань. Хорошо выражены «раковые жемчужины» — очаги концентрического ороговения в центре комплексов. Много митозов, клеточный полиморфизм.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Степень дифференцировки (высокая, умеренная, низкая)?</p> <p>2. Какие гистологические признаки указывают на лимфоваскулярную инвазию?</p>	<p>Ответ к задаче №3</p> <p>1. Высокодифференцированный плоскоклеточный рак.</p> <p>2. Наличие опухолевых эмболов в просвете лимфатических или кровеносных сосудов, определяемых при окраске на эндотелий (CD31, CD34, D2-40).</p> <p>3. Цитокератины (CK5/6, 34βE12), маркер плоскоклеточной дифференцировки — p63, инволюкрин, эмераин.</p>

	3. Какие маркеры используются для подтверждения плоскоклеточной дифференцировки при ИГХ?	
	<p>Задача №4 Условие: Пигментное образование кожи спины, асимметричное, с неровными краями. Микроскопия: в эпидермисе и дерме пролиферация атипичных меланоцитов с признаками пагетоидного распространения. В дерме инвазивный компонент: клетки веретенообразные, формирующие пучки, с большим количеством меланина. Митозы единичные, изъязвление отсутствует. Уровень инвазии по Кларку — III, толщина по Бреслоу — 1,2 мм.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз с учетом гистологического типа (веретеноклеточная меланома). 2. Какие ИГХ-маркеры обязательны для подтверждения диагноза (S-100, Melan A, HMB-45, Ki-67)? 3. Какое значение для прогноза имеет наличие микросателлитов и лимфоцитарной инфильтрации? 	<p>Ответ к задаче №4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Меланома кожи веретеноклеточная, II уровень инвазии по Кларку, pT1b (если нет изъязвления, но митозы есть) или pT2a. 2. Обязательны: S-100 (чувствительный, но не специфичный), Melan A (A103), HMB-45 (специфичный для меланосом), Ki-67 (пролиферативная активность). 3. Микросателлиты — признак агрессивности и высокого риска рецидива. Лимфоцитарная инфильтрация (TILs) — благоприятный прогностический признак (регресс опухоли)
	<p>Задача №5 Условие: Биопсия узлового образования на коже головы. Микроскопия: дерма диффузно инфильтрирована крупными атипичными лимфоидными клетками с анаплазированной морфологией, с обилием митозов. Эпидермотропизм отсутствует. Иммунофенотип: CD30+, CD3-, CD20-, ALK-.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предположительный диагноз? 2. С какой лимфопролиферативной опухолью необходимо дифференцировать? 3. Какие генетические перестройки характерны для ALK-негативного варианта? 	<p>Ответ к задаче №5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Анапластическая крупноклеточная лимфома кожи (первичная кожная ALK-негативная). 2. Дифференцировать с лимфоматоидным папулезом (тип C) и метастазами карциномы (из-за анаплазии). 3. Характерны транслокации, вовлекающие ген DUSP22 или TP63 на хромосоме 6p25.3 (при ALK-негативном варианте).
УК-2	<p>Задания открытого типа с кратким ответом</p> <p>Задача 1. У больного 55 лет в связи с болями в эпигастрии, тошнотой, появлением кала темного цвета (мелены), произведена гастроскопия и в области малой кривизны желудка обнаружено изъязвление диаметром 6 см с валикообразными краями и западающей центральной частью, покрытой серым налетом. Взята биопсия, при исследовании которой обнаружен рак. Произведена операция резекции желудка с большим и малым сальником.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите макроскопическую форму рака желудка. 2. Какой рост по отношению к просвету желудка для нее характерен? 3. Какой гистологический тип рака чаще всего находят при этой форме рака желудка? 4. Почему вместе с желудком удалены большой и малый сальники? 5. Где еще можно искать лимфогенные метастазы рака желудка? 	<p>Задания открытого типа с кратким ответом</p> <p>Задача 1. У больного 55 лет в связи с болями в эпигастрии, тошнотой, появлением кала темного цвета (мелены), произведена гастроскопия и в области малой кривизны желудка обнаружено изъязвление диаметром 6 см с валикообразными краями и западающей центральной частью, покрытой серым налетом. Взята биопсия, при исследовании которой обнаружен рак. Произведена операция резекции желудка с большим и малым сальником.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите макроскопическую форму рака желудка. 2. Какой рост по отношению к просвету желудка для нее характерен? 3. Какой гистологический тип рака чаще всего находят при этой форме рака желудка? 4. Почему вместе с желудком удалены большой и малый сальники? 5. Где еще можно искать лимфогенные

		метастазы рака желудка?
	<p>Задача 2. Больная З., 68 лет, поступила в клинику для вскрытия абсцесса. После вскрытия абсцесса температура тела оставалась 39°C, появилась одышка. В анализах крови лейкоцитоз со сдвигом до промиелоцитов, повышение СОЭ. В анализах мочи небольшая протеинурия, лейкоцитурия, единичные эритроциты. Смерть наступила при явлениях острой сердечной недостаточности.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какая клинико-морфологическая форма сепсиса развилась у больной? 2. Какой вид сепсиса в зависимости от характера входных ворот? 3. Какие макроскопические изменения в связи с особенностями распространения инфекта можно найти в легких, сердце, почках, головном мозге? 4. Какие макроскопические изменения селезенки найдены на вскрытии? 	<p>Задача 2. Больная З., 68 лет, поступила в клинику для вскрытия абсцесса. После вскрытия абсцесса температура тела оставалась 39°C, появилась одышка. В анализах крови лейкоцитоз со сдвигом до промиелоцитов, повышение СОЭ. В анализах мочи небольшая протеинурия, лейкоцитурия, единичные эритроциты. Смерть наступила при явлениях острой сердечной недостаточности.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какая клинико-морфологическая форма сепсиса развилась у больной? 2. Какой вид сепсиса в зависимости от характера входных ворот? 3. Какие макроскопические изменения в связи с особенностями распространения инфекта можно найти в легких, сердце, почках, головном мозге? 4. Какие макроскопические изменения селезенки найдены на вскрытии?
	<p>Задача 3. Перечислите случаи смерти больных, при которых обязательно нужно произвести вскрытие трупа: 1)....., 2)....., 3)....., 4)5).....6).....7).....8).....,9</p>	<p>Задача 3. Перечислите случаи смерти больных, при которых обязательно нужно произвести вскрытие трупа: 1)....., 2)....., 3)....., 4)5).....6).....7).....8).....,9</p>
	<p>Задача 4. Больному Р., 60 лет произведена операция-резекция 2/3 желудка по поводу рака желудка. На четвертый день после операции в связи с появившейся сердечной недостаточностью и отеком легких врач назначил больному строфантин 0,5 мл с глюкозой 10 мл внутривенно, вводить в течение 5 минут. Медицинская сестра по ошибке сделала внутривенную инъекцию 5 мл строфантина. Больной умер через 30 минут от сосудистого коллапса.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Какое решение должен принять главный врач для установления причины смерти больного? 2)Каким положением из какого официального документа руководствовался главный врач в своем решении? 	<p>Задача 4. Больному Р., 60 лет произведена операция-резекция 2/3 желудка по поводу рака желудка. На четвертый день после операции в связи с появившейся сердечной недостаточностью и отеком легких врач назначил больному строфантин 0,5 мл с глюкозой 10 мл внутривенно, вводить в течение 5 минут. Медицинская сестра по ошибке сделала внутривенную инъекцию 5 мл строфантина. Больной умер через 30 минут от сосудистого коллапса.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Какое решение должен принять главный врач для установления причины смерти больного? 2)Каким положением из какого официального документа руководствовался главный врач в своем решении?
	<p>Задача 5. Основное заболевание: Рак (аденокарцинома) предстательной железы (номер и дата гистологического исследования операционного материала). Операция (дата): одномоментное чреспузырное удаление опухоли предстательной железы.</p> <p>Осложнения: Серозно-геморрагический цистит. Послеоперационная геморрагическая парауровезикальной клетчатки. Обтурирующий тромбоз глубоких (задних большеберцовых) вен правой голени. Тромбоэмболия легочной артерии. Острая левожелудочковая сердечная недостаточность: застойное полнокровие и отек легких. Труп отдан без вскрытия.</p> <p>ЗАПОЛНИТЬ п.18 медицинского свидетельства о смерти: а) б) в)</p>	<p>Задача 5. Основное заболевание: Рак (аденокарцинома) предстательной железы (номер и дата гистологического исследования операционного материала). Операция (дата): одномоментное чреспузырное удаление опухоли предстательной железы.</p> <p>Осложнения: Серозно-геморрагический цистит. Послеоперационная геморрагическая парауровезикальной клетчатки. Обтурирующий тромбоз глубоких (задних большеберцовых) вен правой голени. Тромбоэмболия легочной артерии. Острая левожелудочковая сердечная недостаточность: застойное полнокровие и отек легких. Труп отдан без вскрытия.</p>

		ЗАПОЛНИТЬ п.18 медицинского свидетельства о смерти: а) б) в)
УК-2	<p>Задания открытого типа с кратким ответом</p> <p>Задача 1. У больного 55 лет в связи с болями в эпигастрии, тошнотой, появлением кала темного цвета (мелены), произведена гастроскопия и в области малой кривизны желудка обнаружено изъязвление диаметром 6 см с валикообразными краями и западающей центральной частью, покрытой серым налетом. Взята биопсия, при исследовании которой обнаружен рак. Произведена операция резекции желудка с большим и малым сальником.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите макроскопическую форму рака желудка. 2. Какой рост по отношению к просвету желудка для нее характерен? 3. Какой гистологический тип рака чаще всего находят при этой форме рака желудка? 4. Почему вместе с желудком удалены большой и малый сальники? 5. Где еще можно искать лимфогенные метастазы рака желудка? 	<p>Задания открытого типа с кратким ответом</p> <p>Задача 1. У больного 55 лет в связи с болями в эпигастрии, тошнотой, появлением кала темного цвета (мелены), произведена гастроскопия и в области малой кривизны желудка обнаружено изъязвление диаметром 6 см с валикообразными краями и западающей центральной частью, покрытой серым налетом. Взята биопсия, при исследовании которой обнаружен рак. Произведена операция резекции желудка с большим и малым сальником.</p> <p>Вопросы и задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите макроскопическую форму рака желудка. 2. Какой рост по отношению к просвету желудка для нее характерен? 3. Какой гистологический тип рака чаще всего находят при этой форме рака желудка? 4. Почему вместе с желудком удалены большой и малый сальники? 5. Где еще можно искать лимфогенные метастазы рака желудка?
УК-2	<p>Задания закрытого типа /30/</p> <p>Задача 1. Больной 54 года поступил в стационар с жалобами на периодическую лихорадку, слабость, похудение, кашель с гнойной мокротой, временами с прожилками крови. При рентгенологическом исследовании легких обнаружено гомогенное затемнение в прикорневой зоне нижней доли правого легкого. При бронхоскопии: слизистая оболочка нижнедолевого правого бронха бугристая, отечная, легкое кровоточит, просвет бронха сужен. Кусочек слизистой оболочки взят для гистологического исследования, в целях подтверждения клинического диагноза: рак правого легкого.</p> <p>Гистологическое описание: в препаратах мелкие фрагменты соединительной ткани без эпителиальной выстилки, в которой видны скопления лимфогистоцитарных элементов и нейтральных лейкоцитов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Сделать заключение 2.Определить вид биопсии. 	<p>(эталон ответа 1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический бронхит с обострением. 2. Прицельная эндобиопсия.
	<p>Задача 2. Больной 56 лет оперирован в стационаре по поводу опухоли желудка. Резецированная часть желудка направлена на исследование в патологоанатомическое отделение.</p> <p>Гистологическое описание: в резецированной части желудка во всех слоях его стенки обнаружено разрастание атипичных железистых структур в виде трубочек, ацинусов и сосочков. Отмечается фиброзирование и лимфоидная инфильтрация стромы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Сделать заключение 2.Определить вид биопсии. 	<p>(эталон ответа 2)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Умеренно дифференцированная аденокарцинома желудка. 2. Прислан на исследование операционный материал.
	<p>Задача 3. Больной 45 лет поступил в стационар с</p>	<p>(эталон ответа 3)</p>

	<p>жалобами на потерю веса, лихорадку, увеличение шейных лимфатических узлов, периодическое появление гематурии. Для гистологического исследования взят лимфатический узел.</p> <p>Гистологическое описание: в лимфатическом узле представлены полигональные клетки, светлые, резко очерченные. Ядра компактные. Строма разделяет опухолевые элементы на альвеолы и крупные доли и дольки. Внутри комплексов иногда отчетливо выражены сосочки. Встречаются участки с полиморфными клетками, наличием многоядерных форм и многочисленными митозами. Ткань лимфатического узла атрофирована.</p> <p>1.Сделать заключение 2.Определить вид биопсии.</p>	<p>1. Метастаз гипернефроидного рака почек в шейный лимфоузел. 2. Эксцизионная биопсия.</p>
	<p>Задача 4. У больной 57 лет в правой молочной железе обнаружено плотное опухолевидное образование. Во время операции (12.10.88г.)-секторальной резекции молочной железы, взятый материал послан на срочное гистологическое исследование.</p> <p>Гистологическое описание: дольки молочной железы увеличены, клетки неодинаковой величины и формы, часто выполняют просвет альвеол. В фиброзной строме образуются солидные пласты, железистые, тубулярные структуры. Имеется лимфоидная инфильтрация стромы. После получения ответа больной произведена радикальная мастэктомия.</p> <p>1.Сделать заключение 2.Определить вид биопсии.</p>	<p>(эталон ответа 4)</p> <p>1. Инфильтративный дольковый рак молочной железы. 2. Cito – биопсия.</p>
	<p>Задача 5.</p> <p>При гистологическом исследовании удаленного новообразования желудка обнаружены атипичные железистые структуры, врастающие в подслизистый и мышечный слои. Клетки полиморфны, ядра гиперхромные, видны патологические митозы. В строме выраженная лимфоидная инфильтрация.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Дайте гистологическую классификацию данной опухоли. Является ли она зрелой или незрелой? 2. Перечислите основные критерии морфологического атипизма, которые видны в описании (минимум 3). 3. Как называется процесс распространения опухолевых клеток за пределы базальной мембраны первичного очага (отраженный в описании)? Почему это важно для прогноза? 4. Какую роль играет лимфоидная инфильтрация в строме опухоли? 5. Назовите предраковое заболевание желудка, для которого характерно изменение гистологического строения эпителия по кишечному типу.</p>	<p>Ответ 5:</p> <p>1. Гистологическая классификация: Аденокарцинома желудка (железистый рак). Незрелая (злокачественная) опухоль. 2. Критерии атипизма из описания: · Тканевой атипизм: Нарушение архитектоники (атипичные железистые структуры, врастание в глубокие слои). · Клеточный атипизм: Клеточный полиморфизм, гиперхромия ядер. · Атипизм митотической активности: Патологические митозы. 3. Процесс распространения: Инвазивный (инфильтративный) рост. Это ключевой признак злокачественности, определяющий возможность метастазирования и радикальность лечения. Прорастание за пределы слизистой оболочки резко ухудшает прогноз. 4. Роль лимфоидной инфильтрации: Является проявлением противоопухолевого иммунного ответа организма (лимфоциты-киллеры). Выраженная лимфоидная инфильтрация (особенно в сочетании с герминативными центрами) часто коррелирует с более благоприятным прогнозом. 5. Предраковое заболевание: Кишечная метаплазия эпителия желудка (чаще при хроническом атрофическом гастрите)</p>
	<p>Задача 6 Клиническая патологическая анатомия</p>	<p>Ответ 6:</p>

	<p>(Заключительный клинико-патологоанатомический диагноз) На секции: У женщины 62 лет, умершей в отделении реанимации, обнаружены: массивный геморрагический выпот в левой плевральной полости (1.5 л), сероватые бугристые опухолевые массы, обтурирующие главный бронх левого легкого и прорастающие в стенку легочной артерии. Множественные аналогичные опухолевые узлы в печени, надпочечниках и головном мозге. Гистологически: опухоль состоит из мелких клеток с овальными ядрами и скудной цитоплазмой. Вопросы: 1. Сформулируйте основное заболевание и его осложнение, приведшее к смерти (непосредственную причину смерти). 2. О каком типе роста опухоли в легком свидетельствует описание («обтурирующие... и прорастающие»)? 3. Как называются опухолевые узлы в печени, надпочечниках и головном мозге? О каком патогенетическом механизме их возникновения это говорит? 4. Учитывая гистологическое описание, какой наиболее вероятный гистологический тип рака легкого у данной пациентки? 5. Какой паранеопластический синдром часто ассоциирован с данным типом опухоли?</p>	<p>1. Основное заболевание: Мелкоклеточный рак левого главного бронха (центральный рак легкого) с метастазами в печень, надпочечники, головной мозг (T4NxM1 – стадия IV). Осложнение: Прорастание опухоли в стенку легочной артерии с возникновением профузного кровотечения в плевральную полость (гемоторакс). Непосредственная причина смерти: Острая массивная кровопотеря (геморрагический шок). 2. Тип роста опухоли: Инфильтративно-деструктивный (эндофитный) рост с признаками перинеуральной и периваскулярной инвазии. 3. Опухолевые узлы в органах: Гематогенные метастазы. Механизм возникновения: прорастание опухоли в просвет легочной вены (или ее ветвей) → отрыв опухолевых эмболов → диссеминация по большому кругу кровообращения → оседание и рост в органах-мишенях (часто мозг, печень, надпочечники). 4. Гистологический тип: Мелкоклеточный (овсяноклеточный) нейроэндокринный рак легкого (наиболее агрессивный). 5. Частый паранеопластический синдром: Синдром эктопической продукции АКТГ (синдром Кушинга) или синдром неадекватной секреции АДГ (SIADH). Реже – синдром Ламберта-Итона (миастенический синдром).</p>
	<p>Задание 7 При исследовании: В периферическом узле верхней доли правого легкого (при резекции) гистологически: опухоль состоит из пластов атипичных клеток, между которыми видны «жемчужины» – концентрические наслоения кератина. Строма выражена, с лимфоидной инфильтрацией. Вопросы: 1. Какой гистологический тип рака легкого представлен? 2. Каков наиболее вероятный гистогенез (из каких клеток) этой опухоли? 3. О каком морфологическом признаке дифференцировки опухоли говорят «жемчужины»? 4. С каким основным этиологическим фактором наиболее часто ассоциирован данный тип рака? 5. Назовите наиболее частые локализации гематогенных метастазов для этого типа опухоли. Ответ: 1. Гистологический тип: Плоскоклеточный (сквамозный) рак легкого. 2. Гистогенез: Из метаплазированного многослойного плоского эпителия бронхов (чаще крупных) или из базальных клеток бронхиального эпителия. 3. Признак дифференцировки: Кератинизация (ороговение). «Жемчужины» – концентрические структуры из ороговевших клеток.</p>	<p>Ответ 7: 1. Гистологический тип: Плоскоклеточный (сквамозный) рак легкого. 2. Гистогенез: Из метаплазированного многослойного плоского эпителия бронхов (чаще крупных) или из базальных клеток бронхиального эпителия. 3. Признак дифференцировки: Кератинизация (ороговение). «Жемчужины» – концентрические структуры из ороговевших клеток. 4. Основной этиологический фактор: Курение табака. 5. Локализации метастазов: Надпочечники, печень, головной мозг, кости.</p> <p>Ответ 8:</p>

<p>4. Основной этиологический фактор: Курение табака.</p> <p>5. Локализации метастазов: Надпочечники, печень, головной мозг, кости.</p> <p>Задача 8</p> <p>Клинический случай: У женщины 52 лет при маммографии обнаружено подозрительное образование. При трепан-биопсии: опухоль состоит из железистых структур, высланных атипичными клетками, которые прорастают в окружающую жировую клетчатку. Иммуногистохимически: опухолевые клетки экспрессируют рецепторы эстрогена и прогестерона, Her2/neu отрицательны.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой гистологический тип рака молочной железы наиболее вероятен? 2. Что означает «люминальный подтип А» по молекулярной классификации и каков его прогноз? 3. Какое важное прогностическое исследование (помимо ИГХ) должно быть проведено на операционном материале? 4. Назовите два предраковых заболевания молочной железы. 5. Куда в первую очередь метастазирует рак молочной железы лимфогенным путем? <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гистологический тип: Инвазивная протоковая карцинома (наиболее частый вариант). 2. Люминальный подтип А: ER/PR+, Her2/neu-, низкий Ki-67. Хороший прогноз, высокая чувствительность к гормональной терапии. 3. Прогностическое исследование: Определение статуса подмышечных лимфатических узлов (стадирование по TNM, N-компонент). 4. Предраковые заболевания: Атипичная протоковая гиперплазия, дольковая неоплазия in situ. 5. Первый путь метастазирования: В подмышечные (аксиллярные) лимфатические узлы. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гистологический тип: Инвазивная протоковая карцинома (наиболее частый вариант). 2. Люминальный подтип А: ER/PR+, Her2/neu-, низкий Ki-67. Хороший прогноз, высокая чувствительность к гормональной терапии. 3. Прогностическое исследование: Определение статуса подмышечных лимфатических узлов (стадирование по TNM, N-компонент). 4. Предраковые заболевания: Атипичная протоковая гиперплазия, дольковая неоплазия in situ. 5. Первый путь метастазирования: В подмышечные (аксиллярные) лимфатические узлы.
<p>Задача 9</p> <p>При исследовании: У пациента с выраженной анемией, гепатоспленомегалией и повышением температуры проведена трепан-биопсия подвздошной кости. Костный мозг гиперклеточный за счет диффузной пролиферации бластных клеток среднего размера с нежной хроматиновой структурой ядер и скудной цитоплазмой.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О каком заболевании в первую очередь свидетельствует такая картина костного мозга? 2. Какой основной лабораторный показатель в клиническом анализе крови будет резко изменен? 3. Назовите два основных патогенетических синдрома, развивающихся при этом заболевании. 4. Как называется внескелетное поражение при данной патологии? 5. Какое цитогенетическое исследование является обязательным для определения прогноза и тактики лечения? 	<p>Ответ 9:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Заболевание: Острый лейкоз (бластный криз хронического миелолейкоза также возможен, но «гиперклеточный диффузный» характерен для острого). 2. Лабораторный показатель: Бластемия (появление бластов в периферической крови). Также анемия, тромбоцитопения. 3. Патогенетические синдромы: Синдром опухолевой интоксикации (лихорадка, потливость), синдром опухолевой пролиферации (гепатоспленомегалия, лимфаденопатия), синдром костномозговой недостаточности (анемия, кровоточивость, инфекции). 4. Экстремедулярное поражение: Хлорома (солидная опухоль из миелоидных клеток, чаще в костях черепа). 5. Обязательное исследование: Цитогенетическое и молекулярно-генетическое (например, выявление Филадельфийской хромосомы t(9;22) при ОМЛ или различных транслокаций при ОЛЛ).

	<p>Задача 10</p> <p>При исследовании: В дистальном отделе сигмовидной кишки при колоноскопии обнаружен полип на широком основании. При гистологии: структура полипа представлена ветвящимися железистыми структурами, выстланными эпителием с признаками атипии (стратификация ядер, увеличение ядерно-цитоплазматического соотношения, снижение количества бокаловидных клеток). Стромы мало.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой тип полипа толстой кишки описан? 2. Какова его малигнизация? 3. Назовите последовательность морфогенеза рака толстой кишки (цепочка изменений). 4. С каким наследственным синдромом ассоциировано возникновение множественных подобных полипов? 5. Какой онкоген чаще всего активируется при раке толстой кишки? 	<p>Ответ 10:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тип полипа: Тубулярная аденома (аденоматозный полип) с дисплазией эпителия низкой/высокой степени. 2. Потенциал малигнизации: Высокий (предраковое состояние). Риск коррелирует с размером (>1 см) и степенью дисплазии. 3. Морфогенез рака: Нормальная слизистая → гиперпролиферация → аденома (малая → большая) → дисплазия (низкая → высокая степень) → рак in situ → инвазивный рак. 4. Наследственный синдром: Семейный аденоматозный полипоз (FAP). 5. Часто активируемый онкоген: K-RAS.
	<p>Задача 11</p> <p>Клинический случай: Женщина 35 лет с увеличенной, безболезненной, плотной щитовидной железой. В крови – высокие титры антител к тиреопероксидазе (анти-ТПО) и тиреоглобулину. При пункционной биопсии: диффузная лимфоцитарная инфильтрация с образованием лимфоидных фолликулов, атрофия тиреоидных фолликулов, оксифильная метаплазия эпителия (клетки Гюртле).</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какое заболевание диагностировано? 2. К какому типу гиперчувствительности (по Джеллу и Кумбсу) оно относится? 3. Какой основной клинический синдром разовьется у пациентки со временем? 4. Как называется клеточная трансформация эпителия фолликулов (клетки Гюртле)? О чем она свидетельствует? 5. Существует ли повышенный риск развития неоплазии на фоне данного заболевания? Если да, то какой? 	<p>Ответ 11:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Заболевание: Хронический лимфоцитарный тиреоидит (тиреоидит Хашимото). 2. Тип гиперчувствительности: Преимущественно IV тип (клеточный), но присутствует и гуморальный компонент (антитела). 3. Клинический синдром: Гипотиреоз. 4. Клеточная трансформация: Оксифильная (онкоцитарная) метаплазия эпителия фолликулов (клетки Гюртле-Ашкенази). Свидетельствует о хроническом повреждении и метаболическом стрессе клеток. 5. Риск неоплазии: Слегка повышен риск развития В-клеточной лимфомы щитовидной железы (MALT-лимфомы). Риск карциномы незначительно повышен или не повышен.
	<p>Задача 12</p> <p>При исследовании: У взрослого в мягких тканях бедра удалено узловое образование. Микроскопически: опухоль состоит из полиморфных веретенновидных клеток, расположенных пучками («елочкой» или «веером»). Видны патологические митозы. ИГХ: экспрессия виментина, десмина отрицательна.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. К какой группе опухолей (гистогенетически) относится данное новообразование? 2. Какой, наиболее вероятный, нозологический диагноз? 3. Как называется характерный пучковый рисунок («елочка»)? 4. Назовите два прогностических фактора для сарком мягких тканей. 5. Куда чаще всего метастазируют саркомы мягких тканей (гематогенно)? 	<p>Ответ 12:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Группа опухолей: Мезенхимальные опухоли, злокачественные (саркомы мягких тканей). 2. Вероятный диагноз: Злокачественная опухоль оболочек периферических нервов (MPNST) или синовиальная саркома (обе могут иметь пучковое строение). Для уточнения нужна ИГХ: MPNST – S-100+, синовиальная саркома – EMA+, CK+. 3. Название рисунка: Плетевидный (фестончатый) или «рыбьи кости» (herringbone) pattern. 4. Прогностические факторы: Степень злокачественности (градация), размер опухоли, глубина расположения (поверхностная/глубокая), наличие некроза. 5. Локализация метастазов: Легкие (гематогенно). Лимфогенное метастазирование реже.
	<p>Задача 13</p>	<p>Задача 13</p>

	<p>Клинический случай: У пациента с длительной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) при эндоскопии в дистальном отделе пищевода обнаружены участки гиперемии и изъязвления слизистой. Биопсия: в плоском эпителии пищевода присутствуют цилиндрические клетки, похожие на эпителий желудка или кишечника, с бокаловидными клетками.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой адаптационный процесс наблюдается в эпителии? 2. Как называется это предраковое состояние? 3. Какой гистологический тип рака пищевода развивается на его фоне? 4. Назовите другой, независимый от ГЭРБ, гистологический тип рака пищевода, более частый в некоторых регионах мира (например, в Средней Азии). 5. Какой эндокринно-клеточный опухолевый синдром может быть ассоциирован с аденокарциномой пищевода? 	<p>Клинический случай: У пациента с длительной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) при эндоскопии в дистальном отделе пищевода обнаружены участки гиперемии и изъязвления слизистой. Биопсия: в плоском эпителии пищевода присутствуют цилиндрические клетки, похожие на эпителий желудка или кишечника, с бокаловидными клетками.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой адаптационный процесс наблюдается в эпителии? 2. Как называется это предраковое состояние? 3. Какой гистологический тип рака пищевода развивается на его фоне? 4. Назовите другой, независимый от ГЭРБ, гистологический тип рака пищевода, более частый в некоторых регионах мира (например, в Средней Азии). 5. Какой эндокринно-клеточный опухолевый синдром может быть ассоциирован с аденокарциномой пищевода? <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Адаптационный процесс: Желудочная или кишечная метаплазия плоского эпителия пищевода. 2. Предраковое состояние: Пищевод Барретта (специфически – при кишечной метаплазии с бокаловидными клетками). 3. Тип рака: Аденокарцинома пищевода. 4. Другой тип рака: Плоскоклеточный рак пищевода (ассоциирован с курением, алкоголем, горячими напитками, дефицитом витаминов). 5. Ассоциированный опухолевый синдром: Синдром Золлингера-Эллисона (гастринома), но он чаще ассоциирован с язвами ДПК. Для аденокарциномы пищевода специфических паранеопластических синдромов нет.
	<p>Задача 14</p> <p>При исследовании: У мужчины 70 лет с повышенным уровнем PSA проведена биопсия простаты. Обнаружены мелкие ацинарные структуры, инфильтрирующие строму, выстланные одним слоем кубических клеток с крупными ядрышками. Железистые структуры лишены базального клеточного слоя (что подтверждено окраской на р63).</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой диагноз? 2. По какой системе оценивается степень дифференцировки (злокачественности) этой опухоли? 3. Каков самый частый путь ее метастазирования? 4. На фоне какого предракового изменения часто развивается эта опухоль? 5. В какие кости чаще всего дает остеобластические метастазы эта карцинома? 	<p>Ответ 14:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Аденокарцинома предстательной железы (ацинарная аденокарцинома). 2. Система оценки: Шкала Глисона (Gleason Score). Оценивается архитектура (от 1 до 5) в двух основных участках, баллы суммируются (от 2 до 10). 3. Частый путь метастазирования: Лимфогенный – в obturatorные и затем в подвздошные лимфоузлы. Гематогенный – в кости. 4. Предраковое изменение: Простатическая интраэпителиальная неоплазия (PIN) высокой степени. 5. Кости для остеобластических метастазов: Позвоночник (поясничный отдел), тазовые кости, ребра, бедренные кости.
	<p>Задача 15.</p>	<p>Ответ 15:</p>

	<p>Клинический случай: У курильщика со стажем в области слизистой щеки по линии смыкания зубов обнаружено белое пятно, которое не снимается шпателем. Биопсия: паракератоз, акантоз, дисплазия эпителия различной степени.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как называется это поражение? 2. Является ли оно облигатным предраком? 3. Назовите основной этиологический фактор. 4. Какое хроническое воспалительное заболевание слизистой рта, связанное с аутоиммунным процессом, также может давать белый налет, но является доброкачественным? 5. Какой плоскоклеточный рак чаще развивается на фоне подобных изменений – высоко- или низкодифференцированный? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Название поражения: Лейкоплакия (простая или веррукозная). 2. Облигатный предрак: Нет, это факультативный предрак. Риск малигнизации ~3-5%. 3. Основной этиологический фактор: Хроническая механическая травма (острые края зубов) и курение. 4. Доброкачественное аутоиммунное заболевание: Красный плоский лишай (сетчатая форма). 5. Тип рака: Чаще развивается высокодифференцированный плоскоклеточный рак.
	<p>Задача 16.</p> <p>При исследовании: У женщины 50 лет удалена крупная кистозно-солидная опухоль яичника. Микроскопически: опухоль содержит ткани, похожие на эпидермис с придатками кожи (сальные железы, волосы), нервную ткань, гладкие мышцы, хрящ, выстланный респираторным эпителием кистозные структуры.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой тип опухоли яичника описан? 2. К какой большой группе опухолей (по гистогенезу) она относится? 3. Как называется специфический маркер, который может обнаруживаться в крови при таких опухолях и полезен для мониторинга? 4. Какое редкое, но грозное осложнение может возникнуть при разрыве такой опухоли? 5. Какой злокачественный аналог этой доброкачественной опухоли вы знаете? 	<p>Ответ 16:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тип опухоли: Зрелая кистозная тератома (дермоидная киста). 2. Группа опухолей: Герминогенные опухоли. 3. Специфический маркер: Как правило, не имеют специфических сывороточных маркеров. Для злокачественных герминогенных опухолей – альфа-фетопrotein (АФП), хорионический гонадотропин (ХГЧ). 4. Грозное осложнение при разрыве: Химический перитонит из-за излития содержимого кисты (сало, волосы), что может вызвать тяжелое асептическое воспаление и спайкообразование. 5. Злокачественный аналог: Незрелая тератома или другие злокачественные герминогенные опухоли (эмбриональный рак, опухоль желточного мешка).
	<p>Задача 17</p> <p>На вскрытии: У молодого мужчины, внезапно умершего, обнаружена опухоль переднего средостения. Микроскопически: опухоль состоит из эпителиальных клеток и большого количества мелких лимфоцитов. Выявлены тельца Гассала.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой тип опухоли вилочковой железы наиболее вероятен? 2. С каким аутоиммунным заболеванием она часто ассоциирована? 3. Какие клетки в норме созревают в вилочковой железе? 4. Как называется состояние, возникающее после тимэктомии у детей? 5. Какая злокачественная опухоль вилочковой железы имеет наихудший прогноз? 	<p>Ответ 17:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тип опухоли: Тимома (чаще типа АВ или В2 по классификации ВОЗ). 2. Ассоциированное заболевание: Myasthenia gravis (миастения гравис) – в 30-40% случаев тимомы. 3. Созревающие клетки: Т-лимфоциты (timoциты). 4. Состояние после тимэктомии у детей: Иммунодефицит (так как тимус – центральный орган иммуногенеза в детстве). 5. Злокачественная опухоль с плохим прогнозом: Тимокарцинома (тип С по ВОЗ).
	<p>Задача 18</p> <p>При исследовании: При иссечении пигментного образования кожи гистологически: опухоль состоит из атипичных меланоцитов, которые распространяются как в пределах эпидермиса (интраэпидермально), так и инвазируют в дерму. Клетки полиморфны, с крупными ядрышками, много митозов. Есть участки некроза.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой диагноз? 	<p>Ответ 18:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Злокачественная меланома. 2. Система оценки инвазии: Уровень инвазии по Кларку и толщина по Бреслоу (наиболее значимый прогностический фактор). 3. Два прогностических фактора: Толщина по Бреслоу и наличие изъязвления. 4. Лимфогенные метастазы: В регионарные лимфатические узлы.

	<p>2. По какой системе оценивается глубина инвазии и толщина опухоли, имеющая ключевое прогностическое значение?</p> <p>3. Какие два основных прогностических фактора для этой опухоли, определяемых гистологически?</p> <p>4. Куда чаще всего метастазирует эта опухоль лимфогенно?</p> <p>5. Как называется фаза радиального роста этой опухоли, когда она еще не метастазирует?</p>	<p>5. Фаза радиального роста: Фаза горизонтального (радиального) роста (меланома in situ или микроинвазивная). Когда начинается инвазия вглубь дермы – фаза вертикального роста.</p>
	<p>Задача 19</p> <p>При исследовании: У подростка 16 лет с болью в дистальном метафизе бедренной кости при рентгенографии выявлен очаг деструкции с нечеткими контурами и игольчатым периоститом («kozyрек» Кодмана). При биопсии: опухоль состоит из мелких круглых синих клеток с скудной цитоплазмой, формирующих розетки (псевдорозетки Хомер-Райта).</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой диагноз наиболее вероятен? 2. К какой категории «мелких круглых синих клеток» опухолей она относится? 3. Какой характерный хромосомный транслокация часто встречается при этой опухоли? 4. Какие два других органа/системы, помимо костей, могут быть первичной локализацией для опухоли с такой же гистологией? 5. Какой специфический иммуногистохимический маркер для нее характерен? 	<p>Ответ 19:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Диагноз: Остеосаркома (хотя описание клеток и розеток более характерно для саркомы Юинга, для которой также типичны «круглые синие клетки» и «луковичный» периостит. Уточнение: «игольчатый периостит» и локализация в метафизе более типичны для остеосаркомы. Для саркомы Юинга более характерны рентген-прозрачность и диафизарная локализация). · Уточненный ответ с учетом гистологии: Гистология с «псевдорозетками Хомер-Райта» более характерна для саркомы Юинга/PNET. Окончательный диагноз требует ИГХ (CD99+). 2. Категория опухолей: Семейство опухолей из мелких круглых синих клеток (включает саркому Юинга, нейробластома, лимфому, рабдомиосаркому, мелкоклеточный рак). 3. Характерная транслокация: Для саркомы Юинга – t(11;22)(q24;q12), приводящая к образованию химерного гена EWSR1-FLI1. 4. Другие первичные локализации: Мягкие ткани (экстраоссальная саркома Юинга) и, реже, периферические примитивные нейроэктодермальные опухоли (PNET). 5. Специфический ИГХ-маркер: CD99 (MIC2) (мембранная экспрессия). Также может быть положительна на NKX2.2.
	<p>Задача 20</p> <p>При исследовании: Цистоскопия у рабочего химического производства выявила участок гиперемии и утолщения слизистой мочевого пузыря. Биопсия: плоскоклеточная метаплазия переходного эпителия, гиперплазия базального слоя, выраженная пролиферация сосудов в собственной пластинке, хроническое воспаление.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как называется данное предопухоловое состояние? 2. Назовите два основных класса химических канцерогенов, ответственных за развитие рака мочевого пузыря у таких работников. 3. Какой паразитоз является эндемичной причиной плоскоклеточной метаплазии и рака мочевого пузыря в некоторых регионах? 4. Какое хроническое неинфекционное заболевание/состояние также является фактором риска плоскоклеточной метаплазии и рака мочевого 	<p>Ответ 20:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предопухоловое состояние: Лейкоплакия мочевого пузыря (плоскоклеточная метаплазия). Более точный термин для предрака – плоскоклеточная дисплазия. 2. Канцерогены: Ароматические амины (бензидин, нафтамин) и полициклические ароматические углеводороды. 3. Паразитоз: Шистосомоз (Schistosoma haematobium). Яйца паразита вызывают хроническое воспаление, плоскоклеточную метаплазию и рак. 4. Неинфекционное состояние: Длительная катетеризация, мочекаменная болезнь, хронический цистит. 5. Наиболее частый тип рака: Переходно-клеточный (уротелиальный) рак.

	<p>пузыря? 5. Какой гистологический тип рака мочевого пузыря является наиболее частым (90%) и не связан напрямую с метаплазией?</p>	
	<p>Задача 21 Клинический случай: У женщины 35 лет с аменореей, галактореей и головными болями при МРТ обнаружена микроаденома гипофиза. После трансназальной аденэктомии гистология: опухоль состоит из мономорфных клеток с ацидофильной цитоплазмой. ИГХ: интенсивная положительная реакция на пролактин. <i>Вопросы:</i> 1. Какой тип аденомы гипофиза диагностирован? 2. Каков патогенез аменореи и бесплодия при данной опухоли? 3. Как называется синдром, возникающий при сдавлении опухолью перекреста зрительных нервов? 4. Какое состояние (неопухоловое) гипофиза может макроскопически имитировать аденому, но состоять из скоплений лимфоцитов и плазмочитов? 5. Какой вид аденомы гипофиза наиболее часто связан с болезнью Иценко-Кушинга?</p>	<p>Ответ 21: 1. Тип аденомы: Прولاктинома (лактотропная аденома). 2. Патогенез аменореи: Гиперпролактинемия подавляет пульсативную секрецию гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) в гипоталамусе → снижение выработки ФСГ и ЛГ → ановуляция и аменорея (синдром гиперпролактинемического гипогонадизма). 3. Синдром: Битемпоральная гемианопсия (выпадение височных половин полей зрения из-за сдавления хиазмы). 4. Неопухоловое состояние: Лимфоцитарный гипофизит (аутоиммунное заболевание). 5. Аденома при болезни Иценко-Кушинга: Кортикотропная (АКТГ-продуцирующая) аденома</p>
	<p>Задание 22 На вскрытии: В переднем средостении у молодого мужчины обнаружена крупная опухоль. Микроскопически: два типа клеток – крупные клетки со светлой цитоплазмой и центральным ядром, напоминающие «клетки-растения» (синцитиотрофобласт), и мелкие темные клетки (цитотрофобласт). Опухоль инвазивно растет, много кровоизлияний и некрозов. <i>Вопросы:</i> 1. Какой тип опухоли? 2. К какой группе опухолей (гистогенетически) она относится? 3. Какой специфический опухолевый маркер резко повышен в крови при такой опухоли? 4. Какая доброкачественная опухоль из той же группы часто предшествует этой злокачественной? 5. Куда чаще всего метастазирует эта опухоль гематогенным путем?</p>	<p>Ответ 22: 1. Тип опухоли: Хориокарцинома. 2. Группа опухолей: Герминогенные опухоли. 3. Опухолевый маркер: Хорионический гонадотропин человека (ХГЧ, бета-субъединица). 4. Предшествующая доброкачественная опухоль: Тератома (в ней может быть компонент хориокарциномы). 5. Локализация гематогенных метастазов: Легкие (очень часто), головной мозг, печень.</p>
	<p>ЗАДАНИЕ 23 Клинический случай: У пациента 40 лет с эпизодами пароксизмальной гипертензии, головной болью, потливостью и тахикардией обнаружено округлое образование в проекции левого надпочечника. После адреналэктомии гистология: опухоль из крупных полигональных клеток с базофильной или эозинофильной зернистой цитоплазмой, с наличием клеточного и ядерного полиморфизма. ИГХ: положительна на хромогранин А, синаптофизин. <i>Вопросы:</i> 1. Какой диагноз наиболее вероятен? 2. Из каких клеток она происходит? 3. Какой биохимический анализ мочи будет патогномоничен для этой опухоли? 4. По каким гистологическим критериям (кроме инвазии) оценивается злокачественный потенциал таких опухолей? 5. Как называется аналогичная опухоль, происходящая из симпатобластов, встречающаяся у</p>	<p>Ответ 23: 1. Диагноз: Феохромоцитома (чаще доброкачественная, но описанный полиморфизм требует оценки на злокачественность). 2. Происхождение: Из хромоафинных клеток мозгового вещества надпочечников (производных нервного гребня). 3. Биохимический анализ мочи: Повышение катехоламинов (адреналин, норадреналин) и их метаболитов: ванилилминдальной кислоты (ВМК), метанефринов и норметанефринов. 4. Критерии злокачественности: Инвазия в капсулу и сосуды, отдаленные метастазы. Гистологически: большое ядерно-цитоплазматическое соотношение, фигуры митоза, некрозы, инвазия в капсулу (критерии по Pheochromocytoma of the Adrenal Gland Scaled Score – PASS).</p>

	детей и часто секретирующая катехоламины?	5. Аналогичная опухоль у детей: Нейробластома (из симпатобластов, часто в забрюшинном пространстве)
	<p>Задача 24. Частная патанатомия (Молочная железа, неопухолевые изменения) При исследовании: У женщины 30 лет в молочной железе пальпируется плотный, подвижный, болезненный узел, усиливающийся перед менструацией. При УЗИ – киста. При аспирации – прозрачная жидкость. При гистологии стенки кисты: утолщенный эпителий, фиброз стромы, признаки хронического воспаления, возможны апокринные метаплазия и эпителиальная гиперплазия.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой диагноз наиболее вероятен? 2. К какой большой группе изменений молочной железы (дисгормональных дисплазий) это относится? 3. Каков основной патогенетический механизм? 4. Повышает ли это состояние риск развития рака молочной железы? Если да, то при каких формах? 5. Как называется форма, при которой преобладает разрастание внутрипротокового эпителия и стромы с образованием мелких кист, а клинически железа плотная, бугристая? 	<p>Ответ 24:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ, мастопатия), кистозная форма. 2. Группа изменений: Дисгормональные гиперплазии (дисплазии) молочной железы. 3. Патогенетический механизм: Нарушение соотношения эстрогенов (стимулируют пролиферацию протокового эпителия и стромы) и прогестерона (оказывает протективное действие). 4. Риск рака: Повышает риск, но незначительно (в 1.5-2 раза). Риск существенно повышается при формах с протоковой или дольковой атипичской гиперплазией. 5. Форма с преобладанием фиброза и мелкими кистами: Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента.
	<p>Задание 25 Клинический случай: У пациента с мочекаменной болезнью, остеопорозом и язвой желудка в крови обнаружена гиперкальциемия. При УЗИ шеи выявлено увеличение одной из паращитовидных желез. После паратиреоидэктомии гистология: опухоль из главных клеток с трабекулярным или ацинарным строением, с отсутствием жировой ткани в строме.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой диагноз? 2. Какое заболевание развилось у пациента вследствие гиперфункции этой железы? 3. Какие два типа поражения костей классически описываются при этом заболевании? 4. Как называется характерное поражение почек? 5. Какая доброкачественная костная опухоль может встречаться при этом синдроме? 	<p>Ответ 25:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Аденома паращитовидной железы. 2. Заболевание: Первичный гиперпаратиреоз. 3. Поражение костей: Фибратно-кистозный остеоит (osteitis fibrosa cystica, болезнь Реклингхаузена) и остеопороз. 4. Поражение почек: Нефрокальциноз и нефролитиаз (фосфатно-кальциевые камни). 5. Доброкачественная костная опухоль: Бурая опухоль (остеокластома) – не истинная опухоль, а очаг фиброзной ткани с гигантскими клетками и кровоизлияниями, имитирующий опухоль.
	<p>Задача 26 Клинический случай: Пациент, получивший лучевую терапию по поводу рака лёгкого, через 3 месяца после облучения предъявляет жалобы на нарастающую одышку. На КТ – "матовое стекло" и консолидация в зоне облучения. Биопсия лёгкого: отёк альвеолярных перегородок, пролиферация пневмоцитов II типа, гиалиновые мембраны, признаки фиброза.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как называется это осложнение лучевой терапии? 2. На какой тип клеток лёгкого радиация оказывает наиболее прямое цитотоксическое действие? 3. Какие два основных механизма лежат в основе лучевого повреждения тканей? 4. Какой временной промежуток характерен для развития описанной (поздней, фиброзирующей) фазы лучевого пневмонита? 5. Какой ещё орган ЖКТ наиболее чувствителен к 	<p>Ответ 26:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Осложнение: Лучевой пневмонит (поздняя, фиброзирующая фаза). 2. Наиболее чувствительные клетки: Эндотелий капилляров альвеолярных перегородок и пневмоциты II типа. Пневмоциты I типа страдают вторично. 3. Механизмы: Прямое повреждение ДНК (двухнитевые разрывы) и образование свободных радикалов с запуском апоптоза и воспаления. 4. Временной промежуток: От 3 до 6 месяцев после облучения. Ранняя фаза (отёчная) – первые 1-2 месяца. 5. Чувствительный орган ЖКТ: Прямая кишка (лучевой проктит) или тонкая кишка (лучевой энтерит).

	лучевому повреждению при терапии опухолей малого таза?	
	<p>Задача 27 Клинический случай: Пациент с тяжелыми, мигрирующими некролитическими высыпаниями на коже, сахарным диабетом, потерей веса. При КТ в хвосте поджелудочной железы обнаружено небольшое образование. После резекции: при ИГХ опухоль экспрессирует глюкагон.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой тип опухоли? 2. Как называется описанный кожный синдром? 3. Какой метод является ключевым для подтверждения эндокринной природы опухоли (маркёр нейроэндокринных клеток)? 4. Какая опухоль островкового аппарата ассоциирована с синдромом Золлингера-Эллисона? 5. По какой системе оценивается степень злокачественности нейроэндокринных опухолей (НЭО) ЖКТ и поджелудочной железы? 	<p>Ответ 27:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тип опухоли: Глюкагонома (нейроэндокринная опухоль, продуцирующая глюкагон). 2. Кожный синдром: Некролитическая мигрирующая эритема. 3. Маркёр нейроэндокринных клеток: Хромогранин А и синаптофизин (основные маркеры). Также – NSE (нейрон-специфическая енолаза). 4. Опухоль при синдроме Золлингера-Эллисона: Гастронома. 5. Система оценки: Система ВОЗ 2019 для нейроэндокринных новообразований (НЭН), основанная на митотическом индексе и индексе Ki-67 (градация: G1, G2, G3) и стадии по TNM.
	<p>Задача 28 При исследовании биопсии лимфоузла: Архитектоника лимфоузла стёрта, на фоне реактивного фона из лимфоцитов, гистиоцитов, эозинофилов и плазмочитов видны немногочисленные крупные клетки с дву- или многоядерными клетками, имеющими крупные "глазковид" ядрышки ("совиный глаз").</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой диагноз? 2. Как называются эти патогномичные клетки? 3. Какой иммуногистохимический профиль характерен для этих клеток (CD15, CD30, CD20, CD45)? 4. Какие два гистологических варианта (по классификации ВОЗ) имеют наилучший и наихудший прогноз соответственно? 5. Какое паранеопластическое проявление (кожный зуд) характерно для этой лимфомы? 	<p>Ответ 28:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Классическая лимфома Ходжкина. 2. Патогномичные клетки: Клетки Березовского-Штернберга-Рида (многоядерные) и клетки Ходжкина (одnojядерные варианты). 3. ИГХ-профиль: CD15+, CD30+, CD20- (или слабо+), CD45- (LCA-). 4. Прогноз: Наилучший – лимфоидное преобладание (нодулярный вариант). Наихудший – лимфоидное истощение. 5. Паранеопластическое проявление: Кожный зуд (иногда генерализованный, мучительный).
	<p>Задача 29 При исследовании: В мягких тканях бедра обнаружена опухоль. Микроскопически: множество тонкостенных сосудов типа "оленьих рогов", окружённых пролиферирующими веретеновидными и овальными клетками. Сосуды имеют щелевидный просвет. ИГХ: клетки положительны на CD34 и STAT6.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой современный нозологический диагноз соответствует этой картине (гемангиоперицитомы – устаревший термин)? 2. К какой категории опухолей (добро/зло) она чаще всего относится? 3. Какая характерная генетическая перестройка (транслокация) для неё описана? 4. Какой ещё опухолью, часто локализующейся в мозговых оболочках, может быть гистологически сходна эта опухоль? 5. В какую группу опухолей (по гистогенезу) сейчас относят большинство бывших "гемангиоперицитом"? 	<p>Ответ 29:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Современный диагноз: Солитарная фиброзная опухоль (СФО). Термин «гемангиоперицитомы» сейчас относят к клеточному варианту СФО. 2. Категория: В большинстве случаев доброкачественная, но есть вариант с промежуточной или злокачественной биологией (15-20%). 3. Характерная генетическая перестройка: Слияние генов NAB2-STAT6 в результате инверсии на хромосоме 12q13. ИГХ-маркер – ядерная экспрессия STAT6. 4. Сходная опухоль оболочек: Менингиома (особенно фибробластический и переходный типы). 5. Современная гистогенетическая группа: Фибробластические/миофибробластические опухоли. Происхождение из перицитов не доказано.
	Задача 30	Ответ к задаче №30

	<p>Условие: Биопсия кожи из узлового образования на коже лица. Микроскопически: пролиферация крупных атипичных кератиноцитов с обильной эозинофильной цитоплазмой, формирующих солидные комплексы и тяжи, инвазирующие дерму. Отмечаются очаги дискератоза и ороговения отдельных клеток. Много митозов, в том числе патологических.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какая степень дифференцировки плоскоклеточного рака (высокая, умеренная, низкая) соответствует данной картине? 2. Какие гистологические признаки (веррукозный, веретеночлесточный, акантолитический варианты) влияют на прогноз? 3. Какие иммуногистохимические маркеры используются для подтверждения плоскоклеточной дифференцировки? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Умеренно- или высокодифференцированный плоскоклеточный рак (наличие дискератоза и ороговения). 2. Веррукозный (благоприятный), веретеночлесточный (агрессивный), акантолитический (псевдожелезистый, агрессивный). 3. ИГХ: цитокератины (СК5/6, СК14), p63, инволюкрин .
	<p>Задания закрытого типа /30/</p> <p>Задача 1. Больной 54 года поступил в стационар с жалобами на периодическую лихорадку, слабость, похудение, кашель с гнойной мокротой, временами с прожилками крови. При рентгенологическом исследовании легких обнаружено гомогенное затемнение в прикорневой зоне нижней доли правого легкого. При бронхоскопии: слизистая оболочка нижнедолевого правого бронха бугристая, отечная, легкое кровоточит, просвет бронха сужен. Кусочек слизистой оболочки взят для гистологического исследования, в целях подтверждения клинического диагноза: рак правого легкого.</p> <p>Гистологическое описание: в препаратах мелкие фрагменты соединительной ткани без эпителиальной выстилки, в которой видны скопления лимфоцитозитарных элементов и нейтральных лейкоцитов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сделайте заключение 2. Определите вид биопсии. 	<p>(Эталон ответа 1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический бронхит с обострением. 2. Прицельная эндобиопсия.
ПК-1	<p>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Какие факторы относятся к экзогенным причинам нарушений пищеварения?</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Врожденные аномалии ЖКТ б) Инфекционные возбудители, нарушения питания, физические и химические факторы в) Заболевания других органов и систем г) Нарушение синтеза желудочно-кишечных пептидов <p>2. Какие факторы относятся к эндогенным причинам нарушений пищеварения?</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Некачественная пища б) Ионизирующее излучение в) Врожденные ферментопатии, заболевания других органов, нарушение нервной регуляции г) Лекарственные препараты <p>3. Кто впервые предложил фистульный метод исследования желудка?</p> <ol style="list-style-type: none"> а) И.П. Павлов б) В.А. Басов в) К. Бернар г) Р. Вирхов 	<p>б</p> <p>в</p> <p>б</p>

	<p>4. Кто разработал методы изучения органов пищеварения в естественных условиях? а) В.А. Басов б) И.П. Павлов в) Н.Н. Зайко г) А.М. Уголев</p> <p>5. Что такое жевание? а) Процесс слюноотделения б) Процесс механического измельчения пищи в) Процесс глотания г) Процесс всасывания</p> <p>6. Что такое гиперсаливация? а) Увеличение количества отделяемой слюны б) Уменьшение количества слюны в) Воспаление слюнных желез г) Отсутствие слюны</p> <p>7. Что такое гипосаливация? а) Увеличение количества слюны б) Уменьшение количества слюны в) Камни в слюнных протоках г) Воспаление слюнных желез</p> <p>8. Что такое ксеростомия? а) Обильное слюноотделение б) Воспаление языка в) Сухость слизистой оболочки полости рта г) Нарушение глотания</p> <p>9. Какое последствие может вызвать гиперсаливация? а) Разбавление желудочного сока и снижение его кислотности б) Обезвоживание в) Усиление кариеса г) Ускорение заживления ран</p> <p>10. Что такое анорексия? а) Отсутствие аппетита б) Повышение аппетита в) Извращение аппетита г) Пристрастие к несъедобному</p> <p>11. Что такое булимия? а) Отсутствие аппетита б) Повышение аппетита в) Извращение аппетита г) Боязнь еды</p> <p>12. Что такое парарексия? а) Отсутствие аппетита б) Повышение аппетита в) Извращение аппетита (желание есть несъедобное) г) Снижение аппетита</p> <p>13. Что такое дисфагия? а) Нарушение жевания б) Нарушение глотания в) Нарушение слюноотделения г) Боль в животе</p> <p>14. Что такое одинофагия? а) Затруднение глотания б) Боль при глотании в) Отсутствие глотания г) Поперхивание</p> <p>15. Что такое ахалазия пищевода? а) Нарушение способности расслабления сфинктеров с утратой перистальтики б) Спазм пищевода в) Воспаление пищевода</p>	<p>б</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>в</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>в</p> <p>б</p> <p>б</p> <p>а</p>
--	--	---

г) Опухоль пищевода	б
16. Что такое гастроэзофагеальный рефлюкс?	
а) Заброс содержимого кишечника в желудок	
б) Забрасывание кислого содержимого желудка в пищевод	
в) Нарушение прохождения пищи по пищеводу	
г) Спазм привратника	
17. Что такое диспепсия?	а
а) Наличие абдоминальных болей или дискомфорта в верхней части живота	
б) Воспаление желудка	
в) Язва желудка	
г) Нарушение стула	б
18. Что такое тошнота?	
а) Рефлекторный акт выталкивания содержимого желудка	
б) Неприятное субъективное ощущение, предшествующее рвоте	б
в) Боль в животе	
г) Изжога	
19. Где расположен рвотный центр?	
а) В коре головного мозга	
б) В дорсальном отделе ретикулярной формации продолговатого мозга	а
в) В гипоталамусе	
г) В спинном мозге	
20. Что такое хеморецепторная триггерная зона (ХТЗ)?	
а) Область в дне IV желудочка, запускающая рвотный акт	
б) Центр голода в гипоталамусе	б
в) Рецепторы желудка	
г) Центр насыщения	
21. Какие виды абдоминальной боли выделяют?	
а) Острая и хроническая	
б) Висцеральная и соматическая	б
в) Поверхностная и глубокая	
г) Локальная и диффузная	
22. Что такое висцеральная боль?	
а) Боль, возникающая при поражении париетальной брюшины	
б) Боль, возникающая при воздействии на внутренние органы	а
в) Четко локализованная боль	
г) Поверхностная боль	
23. Что такое соматическая боль?	
а) Боль, обусловленная стимуляцией париетальной брюшины, четко локализованная	
б) Разлитая, тупая боль	б
в) Боль в области пупка	
г) Боль, связанная с приемом пищи	
24. Что такое гиперхлоргидрия?	
а) Снижение секреции соляной кислоты	
б) Повышение секреции соляной кислоты	а
в) Отсутствие секреции соляной кислоты	
г) Снижение рН желудка	
25. Что такое гипохлоргидрия?	
а) Снижение секреции соляной кислоты	
б) Повышение секреции соляной кислоты	в
в) Отсутствие желудочного сока	
г) Повышение рН желудка	
26. Что такое ахилия?	
а) Повышение секреции желудочного сока	

<p>б) Снижение кислотности в) Отсутствие секреции кислого желудочного сока г) Спазм привратника</p> <p>27. Какие типы нарушения динамики секреции желудочного сока выделяют?</p> <p>а) Гиперсекреторный и гипосекреторный б) Возбудимый, астенический, инертный, тормозной в) Острый и хронический г) Первичный и вторичный</p> <p>28. Что является ведущим фактором в патогенезе язвы 12-перстной кишки?</p> <p>а) Ослабление защитных факторов б) Усиление кислотно-пептического фактора в) Снижение кровотока г) Аутоиммунные реакции</p> <p>29. Какая бактерия играет ключевую роль в развитии язвенной болезни?</p> <p>а) Escherichia coli б) Helicobacter pylori в) Staphylococcus aureus г) Salmonella typhi</p> <p>30. Какие пути передачи Helicobacter pylori?</p> <p>а) Фекально-оральный и орально-оральный б) Воздушно-капельный в) Трансмиссивный г) Парентеральный</p> <p>31. Что относится к факторам защиты слизистой оболочки желудка?</p> <p>а) Соляная кислота б) Слизисто-бикарбонатный барьер, регенерация эпителия, простагландины в) Пепсин г) Желчные кислоты</p> <p>32. Что относится к факторам агрессии, повреждающим слизистую оболочку желудка?</p> <p>а) Бикарбонаты б) Кислотно-пептический фактор, Helicobacter pylori, нарушение моторики в) Простагландины г) Слизь</p> <p>33. Какие язвы называются симптоматическими?</p> <p>а) Язвы, связанные с другими заболеваниями или приемом ulcerогенных препаратов б) Язвы, вызванные Helicobacter pylori в) Язвы двенадцатиперстной кишки г) Язвы на фоне гиперхлоргидрии</p> <p>34. Что такое стрессовые язвы?</p> <p>а) Острые язвы и эрозии, образующиеся в результате стрессовых ситуаций б) Хронические язвы желудка в) Язвы при синдроме Золлингера–Эллисона г) Лекарственные язвы</p> <p>35. Что такое панкреатит?</p> <p>а) Опухоль поджелудочной железы б) Воспалительное заболевание поджелудочной железы в) Нарушение эндокринной функции поджелудочной железы г) Фиброз поджелудочной железы</p> <p>36. Что такое синдром мальдигестии?</p> <p>а) Недостаточность переваривания пищи б) Недостаточность всасывания в) Воспаление кишечника</p>	<p>б</p> <p>б</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>б</p>
--	--

	<p>г) Нарушение моторики</p> <p>37. Что такое синдром мальабсорбции?</p> <p>а) Недостаточность переваривания б) Недостаточность всасывания в) Ускоренное продвижение химуса г) Кишечная аутоинтоксикация</p> <p>38. Что такое целиакия?</p> <p>а) Непереносимость лактозы б) Глютенная энтеропатия в) Воспаление тонкой кишки г) Опухоль кишечника</p> <p>39. Что такое диарея?</p> <p>а) Учащенная дефекация с жидким стулом массой более 250 г/сут б) Задержка стула в) Боль в животе г) Вздутие живота</p> <p>40. Какие виды диареи выделяют по патогенезу?</p> <p>а) Инфекционная и неинфекционная б) Осмотическая и секреторная в) Острая и хроническая г) Функциональная и органическая</p> <p>41. Что такое кишечная аутоинтоксикация?</p> <p>а) Поступление токсинов извне б) Отравление организма токсичными продуктами, образующимися в кишечнике в) Нарушение всасывания витаминов г) Аллергическая реакция на пищу</p>	<p>б</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>б</p>
ПК-1	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между показателем крови и его нормой для мужчин:</p> <p>1. Гемоглобин 2. Эритроциты 3. Лейкоциты 4. Тромбоциты 5. Гематокрит А. $4,0-5,1 \cdot 10^{12}/л$ Б. 130–160 г/л В. 40–48% Г. $150-350 \cdot 10^9/л$ Д. $4,0-9,0 \cdot 10^9/л$</p> <p>2. Установите соответствие между видом лейкоцитоза и его причиной:</p> <p>1. Нейтрофильный лейкоцитоз 2. Эозинофилия 3. Базофилия 4. Лимфоцитоз 5. Моноцитоз А. Аллергические заболевания, паразитарные инвазии Б. Острые инфекции, гнойные воспаления В. Хронические бактериальные инфекции, туберкулёз Г. Вирусные инфекции, коклюш Д. Хронический миелолейкоз, эндокринопатии</p>	<p>1Б, 2А, 3Д, 4Г, 5В</p> <p>1Б, 2А, 3Д, 4Г, 5В</p>
ПК-1	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Установите последовательность патогенеза В12-дефицитной анемии:</p> <p>а) Нарушение клеточного деления в кроветворной ткани б) Снижение синтеза ДНК в) Дефицит витамина В12</p>	<p>в,б,а,г</p>

	<p>г) Мегалобластический тип кроветворения</p> <p>2. Установите последовательность патологических изменений при качественных нарушениях лейкоцитов (дегенеративные изменения):</p> <p>а) вакуолизация ядра и цитоплазмы</p> <p>б) Изменение размеров (макро-/микроцитоз)</p> <p>в) Изменение сегментации ядра</p> <p>г) Развитие токсической зернистости</p>	б,в,г,а
ПК-1	<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. Как называется величина, отражающая удельный вес форменных элементов в единице объема крови?</p> <p>2. Как называется синдром, характеризующийся уменьшением количества гемоглобина и, как правило, эритроцитов в единице объема крови?</p>	<p>гематокрит (Ht)</p> <p>анемия</p>
ПК-1	<p>Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</p> <p>1. Больная М., 20 лет, жалуется на боли в желудке, изжогу, отрыжку кислым, склонность к запорам. <u>Исследование желудочковой секреции.</u> Желудочное содержимое натощак: количество – 50 мл (норма 5-40 мл), общая кислотность – 30 ммоль/л (норма до 30 ммоль/л), свободная соляная кислота – 15 ммоль/л (норма до 15 ммоль/л). Исследование стимулируемой секреции желудка (субмаксимальная гистаминовая секреция): общая кислотность 100 ммоль/л (норма 80-100 ммоль/л), свободная соляная кислота – 80 ммоль/л (норма 65-85 ммоль/л), дебит-час общей соляной кислоты – 8 ммоль/час (норма 8-14 ммоль/ час).</p> <p>Охарактеризовать секреторную функцию желудка.</p> <p>2. Больной С., 58 лет, жалуется на вздутие живота, исхудание, частые поносы и рвоту. <u>Исследование желудочковой секреции.</u> Желудочное содержимое натощак: количество – 10 мл (норма 5-40 мл), общая кислотность – 5 ммоль/л (норма до 30 ммоль/л), свободная соляная кислота – 5 ммоль/л (норма до 15 ммоль/л). Исследование стимулируемой секреции желудка (субмаксимальная гистаминовая секреция): общая кислотность 20 ммоль/л (норма 80-100 ммоль/л), свободная соляная кислота – 10 ммоль/л (норма 65-85 ммоль/л), дебит-час общей соляной кислоты – 4 ммоль/час (норма 8-14 ммоль/ час).</p> <p>Охарактеризовать секреторную функцию желудка.</p> <p>3. Больной М., 35 лет, страдающий полиартритом, в момент обострения болей в суставах в течение 2-х недель без назначения врача принял более 70 таблеток ацетилсалициловой кислоты. Внезапно почувствовал резкую боль в области желудка, появились признаки желудочного кровотечения. При обследовании больного обнаружены множественные язвы желудка, располагающиеся в области малой кривизны желудка.</p> <p>1. Назвать фактор, который послужил причиной язвообразования в данном случае.</p> <p>2. Пояснить, как данный фактор влияет на секрецию желудочного сока.</p> <p>3. Пояснить, как данный фактор влияет на факторы «защиты» желудка.</p> <p>4. Объяснить, почему язвенные дефекты локализовались на малой кривизне.</p>	<p>Задача №4.</p> <p>1. Гиперсекреция, гиперхлоргидрия.</p> <p>2. Гипосекреция, гипохлоргидрия.</p> <p>3. 1) Лекарственный препарат – ацетилсалициловая кислота. 2) Непосредственно не влияет, но подавляет синтез Р и Е₂, которые ингибируют секрецию соляной кислоты. 3) Подавляет выработку слизи, нарушает ее качественный состав, усиливает десквамацию поверхностных эпителиальных клеток слизистой оболочки желудка, снижает активную секрецию бикарбонатов, увеличивают степень обратной диффузии Н⁺ в слизистую оболочку. 4) Малая кривизна – щелочная зона, которая наименее приспособлена к действию кислого сока; наиболее травмируемая часть желудка.</p>
ПК-1	<p>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Инфекции ВИЧ не передаются:</p>	б

<p>а)Трансфузионным путем б)Трансмиссивным путем в)От заболеваний матери г)Инъекционным путем 2. Остронекротизирующий лейшманиоз кожи является: а)Зоонозным б)Антропонозным в)И то, и другое г)Ни то, ни другое 3. К заболеваниям, вызываемым антропофильными грибами, относятся все перечисленные, кроме: а)Микроспории, вызванной ржавым микроспорумом б)Поверхностной трихофитии в)Глубокой трихофитии г)Фавуса д)Рубромикоза 4. Реципиенту после переливания крови больного сифилисом проводят превентивное лечение в сроки до: а)2-х недель б)30 дней в)2-х месяцев г)3-х месяцев д)6-ти месяцев 5. Медицинская деонтология – это: а)Самостоятельная наука о долге медицинских работников б)Прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики 6. Себорея способствует развитию всех перечисленных ниже заболеваний: а)Вульгарных угрей б)Розацеа в)Ксантелазмы г)Ринофимы д)Себорейного дерматита 7. Гормональный криз новорожденных связан с: а)врожденным эндокринным заболеванием б)патологией беременности в)преждевременным половым созреванием г)применением глюкокортикостероидных гормонов д)высоким уровнем фетоплацентарных гормонов в крови новорожденного 8. Узри новорожденных представляют собой: а)сальные кисты у новорожденных во время гормонального криза б)фолликулиты в)эксфолированные акне г)фульминантные акне д)проявление эндокринного заболевания новорожденного 9. К первичным бесполостным морфологическим элементам относятся: а)гнойничка б)бугорка в)узла г)волдыря д)пятна 10. Показанием для назначения примочки является: а)хроническое воспаление б)гнойничковые элементы в очаге поражения в)подострое воспаление</p>	<p>д</p> <p>в</p> <p>г</p> <p>б</p> <p>а, б, г, д</p> <p>д</p> <p>а</p> <p>б, в, г, д</p> <p>д</p> <p>г</p>
---	---

	<p>г) явления лихенификации д) острое воспаление с явлениями мокнущего</p> <p>11. Выбор лекарственной формы для наружного применения зависит от:</p> <p>а) возраста б) пола в) лекарственных веществ, входящих в ее состав г) фазы патологического процесса д) причины дерматоза</p> <p>12. Для стационарной стадии псориаза характерно все перечисленное, кроме:</p> <p>а) элементы полностью покрыты серебристо-белыми чешуйками б) насыщенно красного цвета высыпаний в) вокруг элементов имеется псевдоатрофический ободок Воронова г) прекращения появления новых высыпаний д) отсутствия периферического роста элементов</p> <p>13. Наиболее частой причиной рецидивов гонореи является ассоциация гонококков с:</p> <p>а) Хламидиями б) Дрожжевым мицелием в) Трихомонадами г) Уреаплазмой д) Гарднереллами</p> <p>14. Наиболее доступным для поражения гонококками являются слизистые оболочки, выстланные:</p> <p>а) Многослойным плоским неороговевающим эпителием б) Переходным эпителием в) Цилиндрическим эпителием г) Многослойным плоским ороговевающим эпителием д) Кубическим эпителием</p> <p>15. В патогенезе розацеа имеют значение следующие факторы, кроме:</p> <p>а) Ангioneвротических расстройств б) Инсоляции в) Заболеваний желудочно-кишечного тракта г) Эндокринопатий д) Непереносимости глютена</p> <p>16. Трихонодозис – это:</p> <p>а) Узловатые образования на стержне волоса б) Пучки коротких волос в) Скрученные волосы г) Веретеновидные волосы д) Спутанные волосы</p> <p>17. Мочка ушной раковины наиболее часто поражается при:</p> <p>а) Псориазе б) Себорейном дерматите в) Микотической экземе г) Стрептодермии д) Контактном дерматите</p> <p>18. Наследственную эритему ладоней и подошв надо дифференцировать со следующими болезнями:</p> <p>а) Эритемы ладоней при циррозе печени б) Ладонно-подошвенной формы болезни Девержи в) Рубромикоза ладоней и подошв г) Центробежной эритемы д) Ладонно-подошвенной формы псориаза</p>	<p>б</p> <p>в</p> <p>в</p> <p>д</p> <p>а</p> <p>д</p> <p>а, б, в, д</p>
ПК-1	<p>1. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ СИМПТОМОМ И ЕГО ОПРЕДЕЛЕНИЕМ:</p> <p>1) симптом «яблочного желе» 2) симптом Арди (Hardy)</p>	<p>1Б, 2А</p>

	<p>А) преобладание единичных гнойных корок в области одного из локтей или немногочисленные пустулы вокруг локтевых суставов при чесотке.</p> <p>Б) светло-коричневое или буроватое окрашивание бугорка при диаскопии; признак туберкулеза кожи.</p> <p>2. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕРМИНОМ И ЕГО ДЕФИНИЦИЕЙ:</p> <p>1) гранулез</p> <p>2) акантолиз</p> <p>А) разрушение межклеточных мостиков клеток шиповидного слоя</p> <p>Б) неравномерное утолщение зернистого слоя</p>	1Б, 2А
ПК-1	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭВОЛЮЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЭЛЕМЕНТА:</p> <p>1) круста</p> <p>2) эрозия</p> <p>3) везикула</p> <p>2. УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ОСМОТРА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА:</p> <p>1) объективный осмотр</p> <p>2) anamnesis vitae, morbi</p> <p>3) жалобы</p> <p>4) status localis</p>	<p>3 → 2 → 1</p> <p>3 → 2 → 1 → 4</p>
ПК-1	<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. На приеме пациент 25 лет с жалобами на высыпания в области головки полового члена. Имел половую связь с незнакомой женщиной 1,5 месяцев назад. Объективно: на головке полового члена имеется эрозия 0,5х0,5 см. в диаметре, с четкими границами, округлой формы, розового цвета, дно блестящее. Паховые лимфатические узлы увеличены до размеров 1,5х1,5 см, подвижные, безболезненные, плотно-эластической консистенции, кожа над ними не изменена. Ваш предположительный диагноз?</p> <p>2. На прием к дерматологу обратилась женщина 26 лет с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей. Считает себе больной несколько месяцев. Самолечением не занималась, антибиотики не принимала. Из анамнеза: ВИЧ-инфекция в течение 2-х лет, инъекционный наркоман. Множественные беспорядочные половые связи. При обследовании – ЭДС 4+.</p> <p>Объективно: на коже сгибательной поверхности предплечий располагаются не многочисленные шаровидные пустулы размером 0,6х0,6 см, в центре – корочка, в окружности валик инфильтрации. Элементы регрессируют с образованием поверхностного рубчика. Ваш предположительный диагноз?</p>	<p>Первичный сифилис половых органов</p> <p>Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек</p>
ПК-1		<p>Задача 1:</p> <p>1. Липоидный некробиоз.</p> <p>2. Дифференциальная диагностика проводится с кольцевидной гранулемой, ксантоматозом, саркоидозом, склеродермией.</p> <p>3. Определение HbsAg вируса гепатита В в крови; определение антител к вирусу гепатита С в крови; определение антител к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови; определение антител к бледной трепонеме в крови;</p>

		<p>общий (клинический) анализ крови развернутый; анализ крови биохимический общетерапевтический (с определением уровня глюкозы); общий (клинический) анализ мочи; гистологическое исследование препарата кожи. Консультация эндокринолога.</p> <p>4. Назначают препараты, улучшающие микроциркуляцию (пентоксифиллин, никотиновая кислота), аскорбиновую кислоту с рутозидом, альфа-токоферола ацетат.</p> <p>Физиолечение: ультрафонофорез с глюкокортикостероидными средствами или гепариновой мазью; гипербарическая оксигенация и лазеротерапия.</p> <p>Наружно: глюкокортикостероидные препараты (бетаметазон, мометазона фураат, метилпреднизолона ацепонат).</p> <p>Задача 2:</p> <p>1. Бугорок.</p> <p>2. Бугорок (tuberculum) - инфильтративный бесполостной неостро-воспалительный элемент, возвышающийся над уровнем кожи, часто изъязвляющийся и заканчивающийся рубцеванием или рубцовой атрофией. По внешнему виду, особенно на начальной стадии, трудно отличим от узелка. Так, величина, форма, поверхность, цвет и консистенция бугорка и узелка могут быть сходными. Воспалительный клеточный инфильтрат бугорков залегает не только в сосочковом, но главным образом в сетчатом слое дермы и гистологически представляет собой инфекционную гранулему, которая либо изъязвляется с последующим образованием рубца, либо подвергается рассасыванию, оставляя после себя рубцовую атрофию. Это основное клиническое отличие бугорков от узелков, позволяющее через много лет после окончания процесса дифференцировать, например, бугорки при третичном сифилисе или туберкулезной волчанке (учитывают не только существование рубцов или атрофии, но и их расположение, например, мозаичность рубца при сифилисе, мостики при туберкулезной волчанке и др.).</p> <p>В некоторых случаях бугорки имеют довольно характерный цвет: краснобурый при третичном сифилисе, красно-желтый при туберкулезной волчанке, буровато-ржавый при лепре.</p> <p>При различных заболеваниях бугорки имеют отличительные черты гистологического строения. Так, например, бугорок при туберкулезе кожи</p>
--	--	--

		<p>состоит преимущественно из эпителиоидных клеток и различного количества гигантских клеток - Лангханса (редко в центре обнаруживают микобактерии туберкулеза; по периферии обычно имеются лимфоциты); бугорок при сифилисе состоит из плазматических клеток, лимфоцитов, эпителиоидных клеток и фибробластов (трепонемы в бугорке не обнаруживают; может быть небольшое количество гигантских клеток).</p> <p>Бугорки, как правило, возникают на ограниченных участках кожного покрова и либо группируются, либо сливаются, образуя сплошной инфильтрат, намного реже они располагаются рассеянно, диссеминированно.</p> <p>3. Бугорок характерен для следующих заболеваний: третичный сифилис, туберкулез, лейшманиоз, лепра.</p> <p>Задание 3.</p> <p>1. Пациентка 52 лет предъявляет жалобы на высыпания на передней поверхности голени, субъективно не беспокоят. Anamnesis morbi. Считает себя больной в течение 5 лет, когда появились очаги на передней поверхности левой голени, возникшие после незначительной травмы. В дальнейшем высыпания увеличивались в размере, старые очаги изъязвлялись с образованием рубцов. Status localis. Кожный процесс симметричный, располагается на передней поверхности голени, представлен очагами неправильной формы, с четкими границами, желтоватого цвета с восковидным блеском. На поверхности очагов наблюдаются атрофические рубцы.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику. 3. Сформулируйте план обследования. 4. Сформулируйте план лечения. <p>2. В клинику поступил больной 54 лет с жалобами на наличие распространенных высыпаний, на месте которых после разрешения остаются рубчики. Высыпания представлены инфильтративными, бесполостными, возвышающимися над уровнем кожи элементами желтоватого цвета, мягкой консистенции, полушаровидной формы, округлых очертаний. Произведена биопсия одного из первичных элементов.</p>
--	--	--

		<p>Гистологически высыпания представляют собой инфекционную гранулему.</p> <p>Вопросы для контроля:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите элемент. 2. Охарактеризуйте элемент. 3. Приведите клинические ситуации, при которых данный элемент может появиться на коже. <p>3. Больная 27 лет.</p> <p>Жалобы на высыпания на коже кистей, умеренный зуд, болезненность, изменение цвета и формы ногтевых пластин.</p> <p>Anamnesis morbi. Больна в течение нескольких лет. Появление высыпаний связывает с контактом со средствами бытовой химии, погрешностями в диете, стрессом. Неоднократно лечилась у дерматолога (топические кортикостероиды, антигистаминные средства), с временным улучшением.</p> <p>Status localis. Патологический процесс локализован на коже кистей симметрично. На ладонях очаги застойной гиперемии и инфильтрации, имеются микровезикулы, трещины, обрывки эпидермиса, эрозии, серозно-геморрагические мелкие корочки. В области пальцев кистей явления легкого гиперкератоза. Ногтевые пластинки кистей истончены, местами желтого цвета, имеется продольная исчерченность.</p> <p>Вопросы для контроля</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз? 3. Составьте план обследования больной. 4. Предполагаемая схема лечения. <ol style="list-style-type: none"> 1. Хроническая дисгидротическая экзема кистей, острая стадия. 2. Дифференциальный диагноз проводится с контактным аллергическим дерматитом, инфекционной экземой, псориазом, микозом и др. 3. План обследования больной включает: клинические анализы крови и мочи; биохимический анализ крови; аллергологическое исследование сыворотки крови - определение специфических IgE/IgG антител к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного и химического происхождения; определение антител к антигенам лямблий, аскарид, описторхий, токсокар и других в сыворотке крови; микроскопическое исследование на грибы. 4. Наличие инфильтрации застойного
--	--	--

		<p>характера требует назначения длительной противовоспалительной терапии. Необходима обработка эрозий и трещин антисептическим раствором (раствор бриллиантового зеленого спиртовой 1%, фукоцидин спиртовой раствор, хлоргексидина биглюконата водный раствор 0,05%) 2-3 раза в день 5-7 дней. Топические кортикостероиды в форме крема с последующим переходом на мазь назначаются 1-2 раза в день до полного регресса патологического процесса. На стадии эпителизации эрозий и трещин можно добавить эмолирующие средства на липидной основе 1 раз в день 7-10 дней, а затем рекомендуются средства на основе 5-10% мочевины для устранения явлений гиперкератоза. При выявлении сопутствующей патологии необходима консультация смежных специалистов.</p>
ПК-2	<p>1. К клиническим вариантам опоясывающего лишая относятся: а) Везикулезного б) Буллезного в) Генерализованного г) Гангренозного д) Уртикарного</p> <p>2. Среди клинических разновидностей туберкулезной волчанки различают: а) Веррукозной б) Изъязвляющейся в) Шанкриформной г) Мутилирующей д) Серпигинозной</p> <p>3. При туберкулезной волчанке характерно: а) Рубцевание язвы начинается с центральной части очага б) Рубцевание язвы начинается с периферической части очага в) Рубец гладкий, нежный, обесцвеченный г) Рубец грубый, плотный, с бугристой поверхностью, пигментированный д) Правильно а) и в)</p> <p>4. Туберкулоидный лейшманиоз характеризуется: а) Появление новых бугорков на месте рубца или вокруг него б) Желтовато-бурого цвета бугорков в) Отсутствия феномена яблочного желе г) Наклонности к группировке д) Длительного существования без изъязвления</p> <p>5. Какой из перечисленных методов диагностики <i>C. trachomatis</i> является скрининговым: а) ПЦР б) ПЦР Real Time в) ИФА г) Метод клеточных культур д) ПИФ</p> <p>6. Какой из перечисленных препаратов сохраняет минимальную подавляющую концентрацию по отношению к <i>C. Trachomatis</i> в течение минимум 5-7 дней после окончания его приема: а) Доксициклин б) Диозамицин</p>	<p>а, б, в, г</p> <p>а, б, г, д</p> <p>д</p> <p>б, в, г, д</p> <p>в</p> <p>в</p>

<p>в) Азитромицин г) Офлоксацин д) Левофлоксацин</p>	б
<p>7. В какие сроки после окончания антихламидийной терапии можно устанавливать критерий излеченности методом ПЦР: а) Через 2 недели б) Через 4 недели в) Через 2 месяца г) Через 2,5 месяца д) Через 3 месяца</p>	а, в, г, д
<p>8. Показаниями к тотальной уретроскопии является: а) Хронического простатита б) Острого простатита в) Литтреита г) Хронического уретрита д) Импотенции</p>	б
<p>9. Диагностика острого паренхиматозного простатита основана на результатах перечисленных исследований, кроме: а) Мазков б) Уретроскопии в) Анализа 3 порций мочи г) Пальпации предстательной железы д) УЗИ предстательной железы</p>	а, б, в, г
<p>10. Для рецидивов гонореи характерно все перечисленное: а) Сохранения клинических проявлений заболевания после лечения б) Сохранения повышенного лейкоцитоза в мазках в) Нахождения в мазках трихомонад г) Неполноценного лечения д) Клинического выздоровления после лечения</p>	а, в, г, д
<p>11. Общее лечение в инфекционно-токсической стадии болезни Рейтера включает: а) Дезинтоксикационной терапии б) Сульфаниламидных препаратов в) Противоревматических препаратов г) Препаратов тетрациклинового ряда д) Гипосенсибилизирующей терапии</p>	г
<p>12. При обследовании на гонорею женщин забор отделяемого для бактериологического исследования производится из всех очагов, кроме: а) Уретры б) Парауретральных и бартолиновых желез в) Прямой кишки г) Заднего свода влагалища д) Цервикального канала</p>	а, в, г, д
<p>13. Показаниями для обследования на гонорейно-хламидийно-уреаплазменную инфекцию является: а) Бесплодного брака б) Нарушения функций щитовидной железы в) Патологии беременности г) Хронических воспалительных заболеваний органов малого таза д) Нарушения менструального цикла</p>	б, в, г, д
<p>14. Клиническими симптомами гонореи глаз является: а) Экзофтальма б) Отек век в) Светобоязни, гноетечения г) Гиперемии конъюнктивы д) Распадающейся язвы в роговой оболочке</p>	д

	<p>15. При лечении уретритов, вызванных дрожжеподобными грибами, наиболее целесообразно применять:</p> <p>а)Канамицин б)Цепорин в)Полимиксин г)Пенициллин д)Дифлюкан</p> <p>16. Соблюдение врачебной тайны необходимо:</p> <p>а)Для защиты внутреннего мира, его автономии б)Для охраны от манипуляций со стороны внешних сил в)Для защиты социальных и экономических интересов личности г)Для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент» д)Все перечисленное верно</p> <p>17. Причиной токсического действия лекарств является:</p> <p>а)Передозировки б)Замедления метаболизма у лиц с генетической недостаточностью ацетилтрансферазы в)Функциональной недостаточности печени г)Функциональной недостаточности почек д)Функциональной недостаточности щитовидной железы</p> <p>18. Обязательными раздражителями являются:</p> <p>а)Концентрированные растворы минеральных кислот и щелочей б)Газообразные и парообразные вещества(сероводород и др.) в)Боевые отравляющие вещества кожно-нарывного действия г)Концентрированные растворы солей тяжелых и щелочных металлов д)Все перечисленное</p>	<p>а, б, в, г</p> <p>д</p>
ПК-2	<p>Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе.</p> <p>1. Установите соответствие между клиническими проявлениями псориаза и их определениями. Клинические проявления: 1. Симптом Ауспитца (феномен «кровавой росы»); 2. Симптом Пильнова (ободок Пильнова); 3. Феномен Кебнера</p> <p>А. красный ободок гиперемии по периферии псориатических папул, не покрытых в этих очагах чешуйками, наблюдается в стадии прогресса; Б. точечное кровотечение при гроттаже псориатических высыпаний; В. изоморфная реакция при повреждении или раздражении кожи, на месте травмы появляются свежие высыпания.</p> <p>2. Установите соответствие между заболеванием и первичным морфологическим элементом сыпи:</p> <p>Заболевание:</p> <p>1. Пузырчатка (Пемфигус) 2. Псориаз 3. Чесотка 4. Крапивница</p> <p>А. Папула Б. Пузырь В. Волдырь Г. Чесоточный ход Д. Гнойничок (Пустула)</p>	<p>1Б, 2А, 3В</p> <p>1Б, 2А, 3Г, 4В</p>

ПК-2	<p>1. УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ НАРУЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ ПО МЕРЕ СТИХАНИЯ ОСТРОТЫ ПРОЦЕССА:</p> <p>1) паста 2) крем 3) примочка</p> <p>2. УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЕ:</p> <p>1) точечные эрозии с мокнутием («серозные колодцы») 2) эритема, отёк, везикулы 3) серозные корочки</p>	<p>3, 1, 2</p> <p>2, 1, 3</p>
ПК-2	<p>Задача 1. Пациент жалуется на зудящие высыпания на сгибательных поверхностях предплечий и подколенных ямках. Кожа в очагах утолщена, усилен кожный рисунок (лихенификация), имеются мелкие шелушащиеся папулы. Заболевание началось в детстве, периодически обостряется. Ваш предположительный диагноз?</p> <p>Задача 2. Мужчина 25 лет обратился с жалобами на скудные прозрачные выделения из уретры и легкое жжение при мочеиспускании по утрам. При осмотре: губки уретры слегка гиперемированы, отечны. При микроскопии мазка из уретры обнаружено большое количество лейкоцитов, покрывающих несколько полей зрения, а также внутриклеточные диплококки, граммотрицательные. Ваш предположительный диагноз?</p>	<p>Атопический дерматит</p> <p>Острая гонорейная инфекция нижних отделов мочеполового тракта (уретрит).</p>
ПК-2	<p>1. Больная 37 лет. Жалобы на высыпания на коже левого голеностопного сустава, выраженный зуд, болезненность. Anamnesis morbi. Болея в течение месяца. Появление высыпаний связывает с травматизацией кожи левой голени. Лечилась самостоятельно (мазь Левомеколь), с ухудшением. Результаты исследований. В общем анализе крови лейкоцитоз, сдвиг формулы в сторону нейтрофильных лейкоцитов, увеличение СОЭ. Общий анализ мочи в пределах нормы. В биохимическом анализе крови повышение уровня печеночных трансаминаз. Вопросы для контроля 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какое дополнительное обследование необходимо провести? 3. Предполагаемая схема лечения.</p> <p>2. Больной 76 лет. Жалобы на высыпания на коже лица и слизистой оболочке полости рта. Anamnesis morbi. Болен около полутора лет, когда впервые отметил появление эрозий на слизистой оболочке полости рта. Спустя 2 месяца быстро вскрывающиеся пузыри и эрозии появились на коже лица в проекции левой скуловой кости. В течение года проводилась противогерпетическая и близкофокусная терапия с отрицательным эффектом. Status localis. Патологический процесс локализуется на коже лица (нос, левая сторона височно-скуловой области) асимметрично и на слизистой оболочке полости</p>	<p>Задача 1.</p> <p>1. Инфекционная (паратравматическая) экзема левого голеностопного сустава, острая стадия.</p> <p>2. Культуральное исследование с целью идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибактериальным препаратам.</p> <p>3. Проводится комплексное лечение. Системная терапия включает антибактериальные препараты, назначаемые в соответствии с выявленной чувствительностью, 7-10 дней, системные кортикостероиды коротким курсом - дексаметазон 0,004 мг (1 мл) в/м №5, антигистаминные препараты (цетиризин, левоцетиризин, фексофенадин, дезлоратадин) перорально 1 раз в сутки 5-7 дней. Учитывая остроту процесса, наружную терапию необходимо начать с примочек (1% раствор танина, 2% раствор борной кислоты, 0,25% раствор серебра нитрата, 0,01-0,1% раствор калия перманганата) 1-2 раза в сутки в течение 1-3 дней. После прекращения мокнутия терапию продолжают топическими кортикостероидами в комбинации с антибактериальными средствами 2-3 раза в день до полного регресса патологического процесса.</p>

<p>рта. Феномен Никольского прямой и непрямой положительный.</p> <p>Результаты иммуногистохимического исследования клинически интактного участка кожи больного. Выявлена фиксация IgG в межклеточной связывающей субстанции дифференцированных слоев эпидермиса.</p> <p>Вопросы для контроля</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. С какими заболеваниями возможно провести дифференциальную диагностику? Какой план обследования больного? 4. Предполагаемая схема лечения. <p>3. Женщина 28 лет обратилась с жалобами на высыпания на коже лица и тела, сильный зуд, повышение температуры тела во время высыпаний.</p> <p>Anamnesis morbi. Считает себя больной три дня, когда после выпитого фруктового чая на коже появились зудящие высыпания, которые через несколько часов бесследно исчезли. Сегодня ночью высыпания появились вновь, поднялась температура до 37 °С.</p> <p>Status localis. Патологический процесс носит распространенный характер. Представлен монотипными высыпаниями от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров в диаметре, гиперемизированными по периферии и более бледными в центре, выступающими над уровнем кожи.</p> <p>Вопросы для контроля</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какой первичный элемент и механизм его возникновения? 3. С какими заболеваниями можно провести дифференциальную диагностику? 4. Назначьте лечение. 	<p>Задача 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вульгарная пузырчатка (вульгарная форма аутоиммунной пузырчатки). 2. Дифференциальный диагноз проводится с разными формами аутоиммунной пузырчатки (себорейная, листовидная, паранеопластическая), буллезным пемфигоидом, приобретенным буллезным эпидермолизом, линейным IgA-зависимым буллезным дерматозом, буллезной формой токсидермии, стрептостафилодермией, разными формами стоматита и др. 3. При иммуногистохимическом исследовании клинически интактного участка кожи больного обнаруживают фиксацию иммуноглобулина класса G в межклеточной связывающей субстанции эпидермиса, что является характерным иммуноморфологическим признаком для аутоиммунной (истинной) пузырчатки. 4. Основной терапией аутоиммунной пузырчатки независимо от форм ее проявления является назначение высоких доз системных глюкокортикостероидов (80-100 мг/сут per os в преднизолоновом эквиваленте) с постепенным их снижением до поддерживающей индивидуально подобранной дозы, которая будет обеспечивать длительную клиническую ремиссию болезни. В качестве адьювантной (дополнительной) терапии используют циклоспорин, метотрексат, азатиоприн, циклофосфамид, микофенолата мофетил, плазмаферез, иммуносорбцию и др. <p>Для снятия интоксикации проводят дезинтоксикационную терапию.</p> <p>С целью профилактики побочных эффектов от приема системных глюкокортикостероидов проводят антибактериальную и антимикотическую терапию, назначают антацидные препараты и противодиабетическую диету. В качестве наружной терапии на кожные покровы используют водные растворы анилиновых красителей или аэрозоли, способствующие заживлению ран. При поражении слизистой оболочки полости рта - полоскание отварами трав, обработка бурой с глицерином, маслом облепихи или шиповника, яичным белком и др.</p> <p>Задача 3.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острая крапивница. 2. Первичный элемент - волдырь. Это бесполомной первичный морфологический элемент, представляет собой ограниченный отек сосочкового
---	---

		<p>слоя дермы, возникающий вследствие вазодилатации и увеличения проницаемости сосудов. Особенностью крапивницы является быстрое возникновение волдырей, персистенция их на коже не более 24 ч с последующим разрешением без появления каких-либо вторичных изменений.</p> <p>3. Дифференциальный диагноз проводят с уртикарным васкулитом, пигментной крапивницей (мастоцитозом), многоформной экссудативной эритемой, наследственным ангиоотеком.</p> <p>4. Исключить возможные триггеры, гипоаллергенная диета, антигистаминные препараты второго поколения (зиртек в дозе 10 мг 1 раз в сутки 14 дней). Десенсибилизирующая терапия (тиосульфат натрия в/в 5-10 вливаний).</p>
ПК-4	<p>1. Условием развития дерматоза от воздействия фотодинамических веществ являются:</p> <p>а) Повреждения кожи, микротравма) б) Наличие других заболеваний кожи в) Предшествующее солнечное облучение г) Одновременное солнечное облучение д) Все перечисленное</p> <p>2. Простой контактный дерматит характеризуется:</p> <p>а) Четких границ б) Локализации в местах контакта с раздражителем в) Волдырей г) Гиперемии д) Жжения</p> <p>3. При контактном дерматите наиболее поражаются:</p> <p>а) Веки б) Шея в) Половые органы г) Руки д) Ладони</p> <p>4. Развитие перорального дерматита связывают:</p> <p>а) Косметических средств б) Раздражающих зубных паст, раздражающей губной помады в) Длительного применения кортикостероидных наружных средств г) Себореи д) Микробной сенсibilизации</p> <p>5. Черты сходства кольцевидной гранулемы и липоидного некробиоза включают:</p> <p>а) Сходство клинической морфологии высыпаний б) Наличие случаев одновременного существования у одного больного липоидного некробиоза и кольцевидной гранулемы в) Более высокую, чем в популяции, частоту обнаружения манифестного или скрытого сахарного диабета г) Наследственную предрасположенность к сосудистой патологии кожи д) Все перечисленное</p> <p>6. У больных сахарным диабетом могут развиваться следующие поражения кожи:</p> <p>а) Пойкилодермии б) Ксантом</p>	<p>г</p> <p>а, б, г, д</p> <p>д</p> <p>а, б, в, д</p> <p>д</p> <p>б, в, г, д</p>

	<p>в)Кольцевидной гранулемы г)Диабетической дермопатии д)Липоидного некробиоза 7. Комплексное лечение при витилиго включает все перечисленные воздействия, кроме: а)Фотосенсибилизирующих средств б)Лечения заболеваний, усиливающих аутоаллергические процессы в)Устранения психо-эмоциональных расстройств и нарушений вегетативной нервной системы г)Устранения неблагоприятных физико-химических воздействий на кожу д)Наружного применения белой ртутной мази 8. Для наружного лечения основного очага микотической экземы во время мокнутия и везикуляции целесообразно применить: а)Нитрофунгин б)Резорциновую примочку 1%, раствор цинка сульфата 0.25% в)10% серную мазь на вазелине г)Целестодерм мазь д)Формалиновую мазь 9. Длительное применение наружной гормональной терапии больному atopическим дерматитом может привести: а)Полного выздоровления, не дает осложнений б)Подавления глюкокортикоидной функции коры надпочечников в)Атрофии кожи г)Гипертрихоза д)Инфицирования очагов поражения на коже 10. При фолликулярном дискератозе Дарье поражается все перечисленное, кроме: а)Себорейные зоны на голове, лице, верхней части туловища б)Ладони и подошвы в)Складки подмышечные, паховые, носогубные г)Ногти (ониходистрофия, подногтевой гиперкератоз) д)Волосы (выпадение и полиолизис) 11. Отрицательно влияют на прогноз при псориазе все перечисленные факторы, кроме: а)Диабета б)Наличия фокальных инфекций и нарушений иммунитета в)Нарушений функций печени, эндогенной интоксикации г)Наличия нарушений липидного обмена д)Низкого веса 12. Красные угри характеризуются всем перечисленным, кроме: а)Эритемы б)Пустул в)Локализации в зоне бабочки на лице г)Телеангиоэктазий д)Комедонов, папулопустулезных элементов на шее 13. К наследственным дерматозам относят: а)Эпидемической пузырчатки новорожденных б)Световой оспы Базена в)Доброкачественной семейной пузырчатки Хейли-Хейли г)Буллезной ихтиозиформной эритродермии д)Врожденного буллезного эпидермолиза</p>	<p>д</p> <p>б</p> <p>б, в, г, д</p> <p>д</p> <p>д</p> <p>а, в, г, д</p> <p>а</p> <p>д</p>
--	---	---

	<p>14. Для лечения саркомы Капоши следует применить все перечисленное, кроме:</p> <p>а) средств для устранения венозной недостаточности, дапсона и препаратов мышьяка б) проспирина в комплексной химиотерапии в) Винкристина или винбластина в комплексной химиотерапии г) Леакадина д) Реаферона</p> <p>15. Кольцевидная гранулема характеризуется всем перечисленным, кроме:</p> <p>а) Отсутствия субъективных ощущений б) Высыпания расположены кольцевидно в) Исчезает спонтанно г) Связь с хроническими инфекционными очагами д) Оставляет рубцы</p> <p>16. Частыми причинами ломкости ногтей является все перечисленное, кроме:</p> <p>а) Недостаточности периферических сосудов б) Постоянного травмирования и высушивания в) Вегетососудистой дистонии г) Заболевания щитовидной железы д) Заболевания легких</p> <p>17. Диагноз атопического дерматита необходимо подтвердить:</p> <p>а) патоморфологическим исследованием кожи б) исследованием уровня интерферонов в сыворотке крови в) исследованием фагоцитарной активности г) исследованием иммунорегуляторного индекса д) верификация диагноза лабораторными исследованиями не нужна; в неясных случаях диагноз подтверждается динамическим наблюдением и тщательной дифференциальной диагностикой</p> <p>18. Анализ родословной у больных атопическим дерматитом необходим для того, чтобы:</p> <p>а) исключить предполагаемый диагноз атопического дерматита, если среди родственников не выявлены аналогичные больные б) определить роль фокальной инфекции в развитии болезни в) определить клиническую форму атопического дерматита г) определить клинический прогноз д) выявить средовые факторы риска обострений</p>	<p>д</p> <p>а</p> <p>г</p>
ПК-4	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между заболеванием и его возбудителем:</p> <p>1. Сифилис 2. Гонорея 3. Руброфития 4. Остроконечные кондиломы А. ВПЧ (Вирус папилломы человека) Б. <i>Trichophyton rubrum</i> В. <i>Treponema pallidum</i> (Бледная трепонема) Г. <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (Гонококк)</p> <p>2. Установите соответствие между заболеванием и основным методом его лабораторной диагностики:</p> <p>1. Чесотка 2. Микроспория (лишай) 3. Сифилис 4. Туберкулез кожи</p>	<p>1В, 2Г, 3Б, 4А</p> <p>1Б, 2А, 3Г, 4В</p>

<p>2. Назовите хозяев, на которых паразитирует данный клещ. Как происходит заражение человека данным возбудителем?</p> <p>3. Опишите типичный эволюционный полиморфизм высыпаний, характерный при инвазировании данным возбудителем.</p> <p>4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз заболевания?</p> <p>5. Может ли происходить заражение от человека к человеку?</p> <p>Какие методы исследования косвенным образом могут подтвердить диагноз заболевания?</p> <p>7. Может ли данный возбудитель поражать другие органы человека?</p> <p>8. Наметьте план лечения больной.</p> <p>Задача 2. Больной 46 лет обратился с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, зуд. Anamnesis morbi. Болен в течение 2 лет. Появление высыпаний ни с чем не связывает, сезонности не отмечает. Неоднократно лечился у дерматолога (препаратов не помнит), с временным улучшением. Увлекается рыбалкой, употребляет в пищу речную рыбу. Status localis. Патологический процесс носит распространенный характер. Представлен симметричными очагами гиперемии и инфильтрации с размытыми границами на коже туловища и разгибательных поверхностей конечностей, на поверхности которых множественные везикулы, эрозии, обрывки эпидермиса, корочки серозно-геморрагического характера, эксфолиация.</p> <p>Результаты исследований. Гистологическое исследование биоптата: в дерме периваскулярный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, фибробластов, гистиоцитов, эозинофилов; в эпидермисе – акантоз, гиперкератоз, паракератоз, незначительный отек.</p> <p>В общем анализе крови: эозинофилия, повышение СОЭ. В биохимическом анализе крови: повышение уровня печеночных трансаминаз, билирубинемия.</p> <p>Вопросы для контроля</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. С какими заболеваниями возможно провести дифференциальную диагностику? 3. Какие дополнительные обследования необходимы пациенту? 4. Предполагаемая схема лечения. <p>Задача 3. Больной 21 года.</p> <p>Жалобы на пузыри/эрозии, возникающие в ответ на механическую травму.</p> <p>Anamnesis morbi. Болен с рождения. При рождении на коже ладоней, подошв и на некоторых участках туловища отсутствовал эпидермис. В последующие дни на коже отмечалось появление пузырей.</p> <p>Status localis. Кожный процесс носит распространенный характер. На коже туловища и конечностей визуализируются множественные эрозии и пузыри с геморрагическим и серозным содержимым. Кожа туловища, ладоней и подошв преимущественно представлена очагами рубцовой атрофии. По периферии эрозий визуализируются милиумы. Наблюдаются псевдосиндактилии и анонихии пальцев кистей и стоп.</p>	<p>6. Общий анализ крови. Выявляются лейкоцитоз и эозинофилия.</p> <p>7. <i>Pyemotes ventricosus</i> может вызывать бронхиальную астму у работников, контактирующих с зерном (акариаз легочный). Болезнь развивается в жаркую сухую погоду, иногда принимает эпидемический характер. Клеща обнаруживали в мокроте. Возможно поражение желудочно-кишечного тракта - боль в области желудка, диарея, анорексия (кишечный акариаз).</p> <p>8. Необходимо устранить контакт больной с источником инвазии.</p> <p>Внутри показаны антигистаминные препараты, наружно - комбинированные топические кортикостероиды с антибиотиками (например, акридерм ГК, тридерм и др.). Хорошо зарекомендовали себя общие ванны с крахмалом, пищевой содой, с марганцовокислым калием.</p> <p>Задача 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Распространенная истинная экзема, острая стадия. 2. Дифференциальный диагноз проводится с распространенным аллергическим дерматитом, инфекционной экземой, диффузным нейродермитом, распространенной токсикодермией и др. 3. Учитывая данные анамнеза и лабораторных исследований пациента, необходимо обследовать прицельно на глистные инвазии (скрининговые исследования крови, исследование кала, дуоденальное зондирование (при необходимости)). 4. Учитывая распространенность и выраженность патологического процесса, лечение должно быть комплексным. Системная терапия включает системные кортикостероиды коротким курсом - дексаметазон 0,008 мг (2 мл) в/м №5, антигистаминные препараты (цетиризин, левоцетиризин, фексофенадин, дезлоратадин) перорально 1 раз в сутки 3-5 дней. У пациента в области высыпаний присутствуют эрозии, микротрещины, корочки, поэтому для профилактики вторичного инфицирования кожи местное лечение проводится топическими кортикостероидами в комбинации с антибиотиком. Так как процесс острый с явлениями мокнутия, терапию лучше начинать с аэрозоля или крема 2 раза в день 5-7 дней, а затем перевести пациента на топический кортикостероид в форме мази 1-2 раза в день до полного регресса патологического процесса. При
---	---

	<p>Результаты исследований. Иммунофлюоресцентное исследование биоптата кожи.</p> <p>Вопросы для контроля</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Что наблюдается в результате иммунофлюоресцентного антигенного картирования биоптата кожи? 3. Какое лечение следует назначить больному? 	<p>выявлении сопутствующей патологии необходима консультация смежных специалистов.</p> <p>Задача 3.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Врожденный буллезный эпидермолиз (рецессивный дистрофический тип). 2. В результате иммунофлюоресцентного антигенного картирования биоптата кожи наблюдается снижение экспрессии коллагена VII типа в области дермоэпидермального соединения. 3. Пациенту назначают: <ul style="list-style-type: none"> • обработку пузырей с опорожнением их содержимого; • перевязки, включающие применение неадгезивных перевязочных средств; • наружные лекарственные препараты, стимулирующие эпителизацию; • лекарственную терапию, направленную на купирование субъективных ощущений (боль, зуд).
ПК-5	<p>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Симптом Никольского положителен при: <ol style="list-style-type: none"> 1) вульгарной пузырчатке 2) сифилисе 3) многоформной экссудативной эритеме 4) простом герпесе 2. При многоформной экссудативной эритеме на коже определяются элементы поражения: <ol style="list-style-type: none"> 1) чешуйки 2) трещины 3) кокарды 4) язвы 3. Лихеноидный парасориаз характеризуется всем перечисленным, кроме: <ol style="list-style-type: none"> 1) Мелких лихеноидных буровато-красных папул с отрубевидной чешуйкой 2) Буроватой пигментацией с телеангиоэктазиями после инволюции пятен 3) Незначительной пурпуры после поскабливания 4) Сильного зуда 5) Длительного течения и резистентности к терапии 4. Проявления бляшечного парасориаза характеризуются следующими признаками, кроме: <ol style="list-style-type: none"> 1) Желтовато-бурых пятен с четкими границами 2) Небольшого шелушения мелкими чешуйками, иногда незаметного, выявляющегося с помощью граттажа 3) Преимущественной локализации на туловище и нижних конечностях 4) Отсутствия зуда 5) Выраженной инфильтрации и нарушения общего состояния 5. Причиной дерматозов, развивающихся при сахарном диабете, является: <ol style="list-style-type: none"> 1) Снижение защитной функции кожи 2) Нарушение обмена веществ 3) Микроангиопатии 4) Аллергические реакции 5) Все перечисленное 6. Саркома Капоши при СПИДе (эпидемическая форма), в отличие от идиопатической классической формы, характеризуется: <ol style="list-style-type: none"> 1) Молодого возраста больных 	<p>1</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>1,2,4,5</p>

<p>2) Внезапного развития и стремительного прогрессирования распространенных узелковых и опухолевых образований</p> <p>3) Отсутствия субъективных ощущений и осложнений вторичной инфекцией</p> <p>4) Атипичной локализации на голове, шее, туловище, во рту</p> <p>5) Сочетания с висцеральными поражениями и увеличением лимфатических узлов</p>	
<p>7. Гиперэластическая кожа (синдром Элерса-Данлоса) характеризуется:</p> <p>1) Проявления с раннего детского возраста</p> <p>2) Повышенной ранимости кожи с легким образованием гематом, медленно заживающих ран и атрофических рубцов</p> <p>3) Чрезмерной растяжимости кожи в области суставов и на лице</p> <p>4) Чрезмерной гибкости и подвывихов суставов</p> <p>5) Ангиоидных полос на сетчатке глаза</p>	1,2,3,4
<p>8. Наследственную эритему ладоней и подошв надо дифференцировать со следующими болезнями:</p> <p>1) Эритемы ладоней при циррозе печени</p> <p>2) Ладонно-подошвенной формы болезни Девержи</p> <p>3) Рубромикоза ладоней и подошв</p> <p>4) Центробежной эритемы</p> <p>5) Ладонно-подошвенной формы псориаза</p>	1,2,3,5
<p>9. Типичные пигментации при множественном нейрофиброматозе (болезни Реклинхаузена) характеризуется всем перечисленным:</p> <p>1) Появления пигментации с первого года жизни</p> <p>2) Овальных и округлых крупных «кофейных» пятен</p> <p>3) Темного цвета пигментаций и обильного роста волос на их поверхности</p> <p>4) Веснушчатоподобной пигментации в подмышечных и паховых складках</p> <p>5) Постепенного увеличения числа «кофейных» пятен (не менее 6)</p>	1,2,4,5
<p>10. Диагноз буллезной ихтиозиформной эритродермии может быть поставлен на основании наличия всего перечисленного, кроме:</p> <p>1) Характерного диспластического лица</p> <p>2) Папилломатозных роговых разрастаний</p> <p>3) Эрозий</p> <p>4) Гиперемии</p> <p>5) Пузырей</p>	1
<p>11. В течении атопического дерматита выделяются:</p> <p>1) Сезонные стадии</p> <p>2) Две стадии в зависимости от активности процесса</p> <p>3) Три стадии возрастной эволютивной динамики</p> <p>4) Четыре стадии в зависимости от осложнений</p> <p>5) Стадийность не выявляется</p>	3
<p>12. Для поражения ногтей при псориазе характерно:</p> <p>1) Наперстковидного вдавления</p> <p>2) Онихолизиса</p> <p>3) Подногтевых геморрагий</p> <p>4) Платонихии, койлонихии</p> <p>5) Симптом масляного пятна</p>	1,2,3,5
<p>13. Пустулезный псориаз Барбера (верно все, кроме):</p> <p>1) Относится к осложненным формам</p> <p>2) Относится к неосложненным формам</p> <p>3) Отличается особенной торпидностью</p> <p>4) Характеризуется полиморфизмом высыпных элементов</p>	1
<p>14. Атрофодермия Пазини-Пьерини характеризуется:</p> <p>1) Возникновения после пенициллинотерапии</p> <p>2) Полного восстановления всех тканей после разрешения процесса</p> <p>3) Локализации преимущественно на спине</p> <p>4) Эритематозных слегка отечных пятен в начальной стадии</p>	1,3,4,5

	<p>5)Атрофичных буроватых пятен в поздней стадии</p> <p>15. Профессиональный кандидоз наиболее часто развивается у всех перечисленных групп профессий, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Работников производства антибиотиков 2)Работников пищевых кондитерских предприятий 3)Работников фруктово-консервных предприятий 4)Зубных врачей 5)Лаборантов медицинских лабораторий, проводящих исследования на кандидоз <p>16. К физиологическим особенностям кожи новорожденных следует отнести:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)умеренной эритемы кожи 2) умеренной сухости кожи 3)физиологического выпадения волос 4)омфалита и везикулопустулеза 5) телеангиэктатических пятен на затылке <p>17. С гормональным кризом новорожденных связаны все перечисленные проявления, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)акне новорожденных 2)гнейса 3)очаговых пигментаций 4)атопического дерматита и омфалита 5)нагрубания молочных желез <p>18. Какой первичный морфологический элемент предшествует эрозии?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)узелок 2)волдырь 3)бугорок 4) пузырьек 5) узел 	<p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">1,3,4,5</p> <p style="text-align: center;">1,2,3,5</p> <p style="text-align: center;">4</p>
ПК-5	<p style="text-align: center;">Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1) Клиническое описание</p> <p>1. На коже разгибательных поверхностей конечностей, волосистой части головы появляются четко отграниченные розово-красные папулы и бляшки, покрытые обильными серебристо-белыми чешуйками. Феномен стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения при поскабливании положительный.</p> <p>2. На коже лица (носогубный треугольник, щеки), а также спины появляются эритематозные папулы и пустулы, комедоны (открытые и закрытые). Заболевание хроническое, рецидивирующее.</p> <p>3. Внезапно на коже туловища и проксимальных отделов конечностей появляются множественные овальные розовые пятна и папулы с «воротничком» шелушения по периферии. Первый элемент («материнская бляшка») крупнее остальных.</p> <p>4. На коже голеней/стоп появляются напряженные пузыри с прозрачным содержимым на фоне эритемы и отека. Симптом Никольского отрицательный. В анамнезе – прием нового лекарственного препарата.</p> <p>5. На слизистой полости рта, коже ладоней и подошв возникают пятнисто-папулезные элементы с тенденцией к слиянию. Папулы на ладонях имеют медно-красный цвет. Регионарный лимфаденит.</p> <p>Варианты диагнозов:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) Розовый лишай Жибера Б) Вульгарный псориаз В) Сифилис вторичный (розеолезно-папулезные высыпания) Г) Острая лекарственная токсикодермия (по буллезному типу) Д) Вульгарные угри (акне) <p>2. Установите соответствие между клинической картиной и нозологической формой:</p>	<p style="text-align: center;">1Б, 2Д, 3А, 4Г, 5В</p> <p style="text-align: center;">1Г, 2А, 3Б, 4В, 5И</p>

	<p>1. На красной кайме губ и/или слизистой полости рта появляются сгруппированные пузырьки на гиперемизованном фоне, которые быстро вскрываются с образованием болезненных эрозий. Заболевание рецидивирует, часто на фоне ОРВИ.</p> <p>2. На коже кистей, стоп, в межпальцевых промежутках возникают везикулы, эрозии, шелушение и сильный зуд. Заболевание высококонтагиозно, характерны «ходы» в роговом слое эпидермиса.</p> <p>3. На коже лица (чаще у детей) появляются быстро вскрывающиеся пузыри (фликтены) с вялой покрывкой и серозно-гнойным содержимым, образующие медово-желтые корки. Процесс склонен к периферическому росту.</p> <p>4. На коже и слизистых появляются множественные вялые пузыри с прозрачным или геморрагическим содержимым, которые легко вскрываются при надавливании или трении, образуя эрозии. Симптом Никольского резко положительный.</p> <p>5. На пальцах кистей, ладонях появляются глубокие болезненные пустулы, расположенные на ярко-красном или синюшном фоне. Пустулы не вскрываются, а подсыхают в корку или разрешаются шелушением. Характерна связь с очагом грибковой инфекции на стопах.</p> <p>Нозологические формы</p> <p>А) Чесотка Б) Импетиго вульгарное (стрепто-стафилококковое) В) Пузырчатка вульгарная Г) Простой герпес (herpes labialis) Д) Аллергический контактный дерматит Е) Дисгидротическая экзема Ж) Кандидоз З) Дерматофития кистей (по типу «рога» или «мокасына») И) Пустулезный бактериод (ладонно-подошвенный псориаз)</p>	
ПК-5	<p align="center">Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Диагностика сифилиса Пациент обратился через 4 недели после незащищенного полового контакта. На головке полового члена - безболезненная эрозия с плотным инфильтратом в основании, увеличены паховые лимфоузлы. Установите последовательность действий для верификации диагноза:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведение реакции Вассермана (RW). 2. Забор крови из вены. 3. Назначение лечения (если диагноз подтвержден). 4. Исследование отделяемого эрозии в тёмном поле микроскопии. 5. Постановка РМП, РПГА, ИФА (IgM+G), ИФА (IgM). <p>2. Диагностика ВИЧ-инфекции Пациент с незащищенными половыми контактами в анамнезе. Направлен на тестирование на ВИЧ. Установите последовательность этапов лабораторной диагностики ВИЧ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выдача направления и дотестовое консультирование. 2. Подтверждающий тест (иммунный блот). 3. Скрининговый ИФА (определение антител к ВИЧ). 4. Повторный забор крови через 3–6 месяцев (серонегативное окно). 5. Послетестовое консультирование. 	<p align="center">4 → 2 → 5 → 3</p> <p align="center">1 → 3 → 2 → 5 → 4</p>
ПК-5	<p align="center">Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. На приеме женщина 33 лет с жалобами на высыпания в периаанальной области. В течение последних 3-х месяцев имела множество случайных половых связей. Объективно: в периаанальной области имеются крупные бородавчатоподобные образования 8,0x8,0 см в диаметре, возвышающиеся над уровнем кожи. На их поверхности имеются сосочковидные выросты, вегетации, бороздки с липким</p>	<p align="center">Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек (широкие кондиломы периаанальной области)</p>

	<p>отделяемым. Установите клинический диагноз?</p> <p>2. На приеме больная С. 34 года обратилась с жалобами на сильную пекущую боль в груди справа, высыпания в указанной области. Отмечает в течение 3 дней, связывает с переохлаждением. Принимала аналгин – без эффекта.</p> <p>Объективно: на коже правой молочной железы – очаг розово-красного цвета неправильной формы размером 3,0x7,0 см с нечеткими границами, в пределах очага - многочисленные сгруппированные пузырьки размером от 0,1x0,1 до 0,3x0,3 см с серозным содержимым. Установите клинический диагноз?</p>	<p style="text-align: center;">Опоясывающий герпес</p>
ПК-5	<p>Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</p> <p>1. Жалобы. Женщина 37 лет обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу с высыпаниями на коже туловища. Анамнез заболевания: Из анамнеза известно, что 2 недели назад после переохлаждения на коже верхней трети груди сначала появился единичный элемент, возвышающийся над уровнем кожи, овальной формы, после чего стали появляться новые элементы. Локальный статус. При осмотре на коже туловища множественные отечные эритематозно-сквамозные пятна округлых очертаний диаметром 2-3 см. На коже верхней трети груди расположена бляшка диаметром 3 см, в центре которой отмечается шелушение.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. К какой группе дерматозов относится данное заболевание? 3. Назовите алгоритм обследования пациентки. 4. Проведите дифференциальную диагностику. <p>2. Женщина 62 лет. Жалобы на высыпания в области живота, боковых поверхностей туловища и верхних конечностей. Анамнез заболевания: Высыпания заметила 2 года назад, когда на животе появились синюшные пятна овальной формы. Пятна медленно увеличивались в размерах. Похожие высыпания появились на левой руке. Больная не обращалась к врачам.</p> <p>Локальный статус. На передней стенке живота визуализируется очаг неправильной формы 15 см на 45 см, в центре очага пальпируется уплотнение, цвет бело-желтый, с восковидным блеском. По периферии очага проходит воспалительный венчик розово-лилового цвета. В месте поражения кожа плохо собирается в складку. На внутренней поверхности локтевого сгиба определяется очаг 10 см на 8 см, с уплотнением, в центре цвет бледно-желтый, наблюдаются участки, напоминающие смятую папиросную бумагу.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назовите стадию этого заболевания. 3. Какие еще клинические формы этого заболевания Вам известны? 4. Какие исследования надо провести для подтверждения диагноза? 5. Предполагаемая схема лечения. <p>3. Больная 20 лет. Жалобы на высыпания, локализующиеся на коже лица, туловища и верхних и нижних конечностей. Субъективно: ощущение сухости, стянутости кожи.</p> <p>Анамнез заболевания: Больна с 3 месяцев. Обострения отмечаются в зимний период года. Из сопутствующих заболеваний: аллергический ринит.</p> <p>Локальный статус. На коже туловища, верхних и нижних конечностей — мелкопластинчатое шелушение, крупные чешуйки плотно прилегают к подлежащей коже. На ладонях количество кожных линий и складок увеличено. Выраженный фолликулярный гиперкератоз на бедрах и латеральной</p>	<p>Задание №1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Розовый лишай Жибера. 2. Розовый лишай Жибера относится к группе папулосквамозных дерматозов. 3. Алгоритм обследования пациента, страдающего розовым лишаем Жибера: сбор анамнеза – связь с недавно перенесенной инфекцией, переохлаждение; осмотр – наличие «материнской бляшки», эритематозно-сквамозных элементов по линиям Лангера; лабораторные методы исследования - клинический анализ крови, клинический анализ мочи, микроскопическое исследование для исключения грибковой патологии. 4. Дифференциальная диагностика проводится с параспориозом, сифилисом, себорейной экземой, микозом гладкой кожи. <p>Задание №2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ограниченная склеродермия. Бляшечная форма. 2. Стадия атрофии. 3. Различают следующие клинические формы ограниченной склеродермии: - полосовидная (линейная); - лихен склероатрофический (лишай белый Цумбуша); - атипичные варианты (буллезная, телеангиоэктатическая). 4. Выявить провоцирующие факторы; общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ крови на АНА, на антмцентромерные антитела, общий анализ мочи, гистологический метод исследования. Для исключения системной склеродермии и других болезней соединительной ткани необходима консультация

	<p>поверхности обоих плеч. Шелушение наиболее выражено на голенях, воспаления нет. Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Что наблюдается в результатах гистологического исследования биоптата кожи? 3. Дифференциальная диагностика данного дерматоза. 4. Какое лечение следует назначить больной?</p>	<p>ревматолога. 5. Системно: - преднизолон внутрь по 20-40 мг в сутки 3-12 недели; - внутриочаговое введение гиалуронидазы по 64 ЕД на процедуру 1 раз в 2-3 дня, всего 10-15 инъекций; - пентоксифиллин внутрь по 100-200 мг 3 раза в сутки или 400 мг 1-2 раза в сутки в течение 4-6 недель. Ксантинола никотинат внутрь по 75-150 мг 2-3 раза в сутки в течение 4-5 недель. Местно: топические кортикостероиды в виде аппликаций или под окклюзионную повязку Физиотерапия: длинноволновая УФА-терапия 25-35 процедур; фонофорез гиалуронидазы или электрофорез гиалуронидазы 8-12 процедур), ультразвуковая терапия (10-15 процедур), низкоинтенсивная лазерная терапия (10-15 сеансов). Хирургическая коррекция у данной больной необходима при развитии и усугублении разгибательной контрактуры.</p> <p>Задание №3 1. Вульгарный ихтиоз. 2. В результате гистологического исследования биоптата кожи наблюдается умеренный гиперкератоз с кератотическими пробками в устьях волосяных фолликулов. Зернистый слой отсутствует. 3. Дифференциальная диагностика проводится с ксеродермией, приобретенным ихтиозом, болезнью Девержи. 4. Пациентам рекомендуется: - ежедневное увлажнение кожи с применением эмоленгов; - назначение кератолитических препаратов; - ретинол 3500-6000 МЕ на кг массы тела в сутки перорально в течение 7-8 недель, далее доза уменьшается в 2 раза. Курсы терапии проводят через 1 -4 месяца; - бальнеологические процедуры; - общее УФ-облучение; возможно назначение системных ретиноидов.</p>
Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)		

ПК-6	<p>1. Какие факторы относятся к экзогенным причинам нарушений пищеварения? а) Врожденные аномалии ЖКТ б) Инфекционные возбудители, нарушения питания, физические и химические факторы в) Заболевания других органов и систем г) Нарушение синтеза желудочно-кишечных пептидов</p> <p>2. Какие факторы относятся к эндогенным причинам нарушений пищеварения? а) Некачественная пища б) Ионизирующее излучение в) Врожденные ферментопатии, заболевания других органов, нарушение нервной регуляции г) Лекарственные препараты</p> <p>3. Кто впервые предложил фистульный метод исследования желудка? а) И.П. Павлов б) В.А. Басов в) К. Бернар г) Р. Вирхов</p> <p>4. Кто разработал методы изучения органов пищеварения в естественных условиях? а) В.А. Басов б) И.П. Павлов в) Н.Н. Зайко г) А.М. Уголев</p> <p>5. Что такое жевание? а) Процесс слюноотделения б) Процесс механического измельчения пищи в) Процесс глотания г) Процесс всасывания</p> <p>6. Что такое гиперсаливация? а) Увеличение количества отделяемой слюны б) Уменьшение количества слюны в) Воспаление слюнных желез г) Отсутствие слюны</p> <p>7. Что такое гипосаливация? а) Увеличение количества слюны б) Уменьшение количества слюны в) Камни в слюнных протоках г) Воспаление слюнных желез</p> <p>8. Что такое ксеростомия? а) Обильное слюноотделение б) Воспаление языка в) Сухость слизистой оболочки полости рта г) Нарушение глотания</p> <p>9. Какое последствие может вызвать гиперсаливация? а) Разбавление желудочного сока и снижение его кислотности б) Обезвоживание в) Усиление кариеса г) Ускорение заживления ран</p> <p>10. Что такое анорексия? а) Отсутствие аппетита б) Повышение аппетита в) Извращение аппетита г) Пристрастие к несъедобному</p> <p>11. Что такое булимия? а) Отсутствие аппетита б) Повышение аппетита в) Извращение аппетита г) Боязнь еды</p> <p>12. Что такое парарексия? а) Отсутствие аппетита</p>	<p>б</p> <p>в</p> <p>б</p> <p>б</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>в</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>б</p>
------	---	--

<p>б) Повышение аппетита в) Извращение аппетита (желание есть несъедобное) г) Снижение аппетита</p>	<p>в</p>
<p>13. Что такое дисфагия? а) Нарушение жевания б) Нарушение глотания в) Нарушение слюноотделения г) Боль в животе</p>	<p>б</p>
<p>14. Что такое одинофагия? а) Затруднение глотания б) Боль при глотании в) Отсутствие глотания г) Поперхивание</p>	<p>б</p>
<p>15. Что такое ахалазия пищевода? а) Нарушение способности расслабления сфинктеров с утратой перистальтики б) Спазм пищевода в) Воспаление пищевода г) Опухоль пищевода</p>	<p>а</p>
<p>16. Что такое гастроэзофагеальный рефлюкс? а) Заброс содержимого кишечника в желудок б) Забрасывание кислого содержимого желудка в пищевод в) Нарушение прохождения пищи по пищеводу г) Спазм привратника</p>	<p>б</p>
<p>17. Что такое диспепсия? а) Наличие абдоминальных болей или дискомфорта в верхней части живота б) Воспаление желудка в) Язва желудка г) Нарушение стула</p>	<p>а</p>
<p>18. Что такое тошнота? а) Рефлекторный акт выталкивания содержимого желудка б) Неприятное субъективное ощущение, предшествующее рвоте в) Боль в животе г) Изжога</p>	<p>б</p>
<p>19. Где расположен рвотный центр? а) В коре головного мозга б) В дорсальном отделе ретикулярной формации продолговатого мозга в) В гипоталамусе г) В спинном мозге</p>	<p>б</p>
<p>20. Что такое хеморецепторная триггерная зона (ХТЗ)? а) Область в дне IV желудочка, запускающая рвотный акт б) Центр голода в гипоталамусе в) Рецепторы желудка г) Центр насыщения</p>	<p>а</p>
<p>21. Какие виды абдоминальной боли выделяют? а) Острая и хроническая б) Висцеральная и соматическая в) Поверхностная и глубокая г) Локальная и диффузная</p>	<p>б</p>
<p>22. Что такое висцеральная боль? а) Боль, возникающая при поражении париетальной брюшины б) Боль, возникающая при воздействии на внутренние органы в) Четко локализованная боль г) Поверхностная боль</p>	<p>б</p>
<p>23. Что такое соматическая боль? а) Боль, обусловленная стимуляцией париетальной брюшины, четко локализованная б) Разлитая, тупая боль в) Боль в области пупка г) Боль, связанная с приемом пищи</p>	<p>б</p>
<p>24. Что такое гиперхлоргидрия?</p>	

<p>а) Снижение секреции соляной кислоты б) Повышение секреции соляной кислоты в) Отсутствие секреции соляной кислоты г) Снижение рН желудка</p>	<p>а</p>
<p>25. Что такое гипохлоргидрия? а) Снижение секреции соляной кислоты б) Повышение секреции соляной кислоты в) Отсутствие желудочного сока г) Повышение рН желудка</p>	<p>б</p>
<p>26. Что такое ахилия? а) Повышение секреции желудочного сока б) Снижение кислотности в) Отсутствие секреции кислого желудочного сока г) Спазм привратника</p>	<p>а</p>
<p>27. Какие типы нарушения динамики секреции желудочного сока выделяют? а) Гиперсекреторный и гипосекреторный б) Возбудимый, астенический, инертный, тормозной в) Острый и хронический г) Первичный и вторичный</p>	<p>в</p>
<p>28. Что является ведущим фактором в патогенезе язвы 12-перстной кишки? а) Ослабление защитных факторов б) Усиление кислотно-пептического фактора в) Снижение кровотока г) Аутоиммунные реакции</p>	<p>б</p>
<p>29. Какая бактерия играет ключевую роль в развитии язвенной болезни? а) Escherichia coli б) Helicobacter pylori в) Staphylococcus aureus г) Salmonella typhi</p>	<p>б</p>
<p>30. Какие пути передачи Helicobacter pylori? а) Фекально-оральный и орально-оральный б) Воздушно-капельный в) Трансмиссивный г) Парентеральный</p>	<p>б</p>
<p>31. Что относится к факторам защиты слизистой оболочки желудка? а) Соляная кислота б) Слизисто-бикарбонатный барьер, регенерация эпителия, простогландины в) Пепсин г) Желчные кислоты</p>	<p>а</p>
<p>32. Что относится к факторам агрессии, повреждающим слизистую оболочку желудка? а) Бикарбонаты б) Кислотно-пептический фактор, Helicobacter pylori, нарушение моторики в) Простогландины г) Слизь</p>	<p>б</p>
<p>33. Какие язвы называются симптоматическими? а) Язвы, связанные с другими заболеваниями или приемом ulcerогенных препаратов б) Язвы, вызванные Helicobacter pylori в) Язвы двенадцатиперстной кишки г) Язвы на фоне гиперхлоргидрии</p>	<p>б</p>
<p>34. Что такое стрессовые язвы? а) Острые язвы и эрозии, образующиеся в результате стрессовых ситуаций б) Хронические язвы желудка в) Язвы при синдроме Золлингера–Эллисона г) Лекарственные язвы</p>	<p>а</p>

	<p>35. Что такое панкреатит? а) Опухоль поджелудочной железы б) Воспалительное заболевание поджелудочной железы в) Нарушение эндокринной функции поджелудочной железы г) Фиброз поджелудочной железы</p> <p>36. Что такое синдром мальдигестии? а) Недостаточность переваривания пищи б) Недостаточность всасывания в) Воспаление кишечника г) Нарушение моторики</p> <p>37. Что такое синдром мальабсорбции? а) Недостаточность переваривания б) Недостаточность всасывания в) Ускоренное продвижение химуса г) Кишечная аутоинтоксикация</p> <p>38. Что такое целиакия? а) Непереносимость лактозы б) Глютеновая энтеропатия в) Воспаление тонкой кишки г) Опухоль кишечника</p> <p>39. Что такое диарея? а) Учащенная дефекация с жидким стулом массой более 250 г/сут б) Задержка стула в) Боль в животе г) Вздутие живота</p> <p>40. Какие виды диарей выделяют по патогенезу? а) Инфекционная и неинфекционная б) Осмотическая и секреторная в) Острая и хроническая г) Функциональная и органическая</p> <p>41. Что такое кишечная аутоинтоксикация? а) Поступление токсинов извне б) Отравление организма токсичными продуктами, образующимися в кишечнике в) Нарушение всасывания витаминов г) Аллергическая реакция на пищу</p>	<p style="text-align: center;">а</p> <p style="text-align: center;">б</p> <p style="text-align: center;">а</p> <p style="text-align: center;">б</p> <p style="text-align: center;">б</p> <p style="text-align: center;">а</p> <p style="text-align: center;">б</p> <p style="text-align: center;">б</p>
ПК-6	<p style="text-align: center;">Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между показателем крови и его нормой для мужчин: 1. Гемоглобин 2. Эритроциты 3. Лейкоциты 4. Тромбоциты 5. Гематокрит А. 4,0–5,1 · 10¹²/л Б. 130–160 г/л В. 40–48% Г. 150–350 · 10⁹/л Д. 4,0–9,0 · 10⁹/л</p> <p>2. Установите соответствие между видом лейкоцитоза и его причиной: 1. Нейтрофильный лейкоцитоз 2. Эозинофилия 3. Базофилия 4. Лимфоцитоз 5. Моноцитоз А. Аллергические заболевания, паразитарные инвазии</p>	<p style="text-align: center;">1Б, 2А, 3Д, 4Г, 5В</p> <p style="text-align: center;">1Б, 2А, 3Д, 4Г, 5В</p>

	<p>Б. Острые инфекции, гнойные воспаления В. Хронические бактериальные инфекции, туберкулёз Г. Вирусные инфекции, коклюш Д. Хронический миелолейкоз, эндокринопатии</p>	
ПК-6	<p>Прочитайте текст и установите последовательность 1. Установите последовательность патогенеза В12-дефицитной анемии: а) Нарушение клеточного деления в кроветворной ткани б) Снижение синтеза ДНК в) Дефицит витамина В12 г) Мегалобластический тип кроветворения 2. Установите последовательность патологических изменений при качественных нарушениях лейкоцитов (дегенеративные изменения): а) вакуолизация ядра и цитоплазмы б) Изменение размеров (макро-/микроцитоз) в) Изменение сегментации ядра г) Развитие токсической зернистости</p>	<p>в,б,а,г</p> <p>б,в,г,а</p>
ПК-6	<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ 1. Как называется величина, отражающая удельный вес форменных элементов в единице объема крови? 2. Как называется синдром, характеризующийся уменьшением количества гемоглобина и, как правило, эритроцитов в единице объема крови?</p>	<p>гематокрит (Ht)</p> <p>анемия</p>
ПК-6	<p>Прочитайте задание и дайте развернутый ответ 1. Больная М., 20 лет, жалуется на боли в желудке, изжогу, отрыжку кислым, склонность к запорам. <u>Исследование желудочковой секреции.</u> Желудочное содержимое натощак: количество – 50 мл (норма 5-40 мл), общая кислотность – 30 ммоль/л (норма до 30 ммоль/л), свободная соляная кислота – 15 ммоль/л (норма до 15 ммоль/л). Исследование стимулируемой секреции желудка (субмаксимальная гистаминовая секреция): общая кислотность 100 ммоль/л (норма 80-100 ммоль/л), свободная соляная кислота – 80 ммоль/л (норма 65-85 ммоль/л), дебит-час общей соляной кислоты – 8 ммоль/час (норма 8-14 ммоль/ час). Охарактеризовать секреторную функцию желудка. 2. Больной С., 58 лет, жалуется на вздутие живота, исхудание, частые поносы и рвоту. <u>Исследование желудочковой секреции.</u> Желудочное содержимое натощак: количество – 10 мл (норма 5-40 мл), общая кислотность – 5 ммоль/л (норма до 30 ммоль/л), свободная соляная кислота – 5 ммоль/л (норма до 15 ммоль/л). Исследование стимулируемой секреции желудка (субмаксимальная гистаминовая секреция): общая кислотность 20 ммоль/л (норма 80-100 ммоль/л), свободная соляная кислота – 10 ммоль/л (норма 65-85 ммоль/л), дебит-час общей соляной кислоты – 4 ммоль/час (норма 8-14 ммоль/ час). Охарактеризовать секреторную функцию желудка. 3. Больной М., 35 лет, страдающий полиартритом, в момент обострения болей в суставах в течение 2-х недель без назначения врача принял более 70 таблеток ацетилсалициловой кислоты. Внезапно почувствовал резкую боль в области желудка, появились признаки желудочного кровотечения. При обследовании больного обнаружены множественные язвы желудка, располагающиеся в области малой кривизны желудка. 1. Назвать фактор, который послужил причиной язвообразования в данном случае. 2. Пояснить, как данный фактор влияет на секрецию желудочного сока. 3. Пояснить, как данный фактор влияет на факторы «защиты» желудка. 4. Объяснить, почему язвенные дефекты локализовались на малой кривизне.</p>	<p>Задача №4. 1. Гиперсекреция, гиперхлоргидрия. 2. Гипосекреция, гипохлоргидрия. 3. 1) Лекарственный препарат – ацетилсалициловая кислота. 2) Непосредственно не влияет, но подавляет синтез P и E₂, которые ингибируют секрецию соляной кислоты. 3) Подавляет выработку слизи, нарушает ее качественный состав, усиливает десквамацию поверхностных эпителиальных клеток слизистой оболочки желудка, снижает активную</p>

		<p>секрецию бикарбонатов, увеличивают степень обратной диффузии H^+ в слизистую оболочку.</p> <p>4) Малая кривизна – щелочная зона, которая наименее приспособлена к действию кислого сока; наиболее травмируемая часть желудка.</p>
ПК-7	<p>1. Для выявления актуальных аллергенов у ребенка с atopическим дерматитом можно использовать:</p> <p>а) иммунорегуляторного индекса б) радиоаллергосорбентного теста в) реакции бласттрансформации лимфоцитов г) реакции преципитации д) пищевого дневника</p> <p>2. Atopический дерматит отличается от ограниченного нейродермита (лишая Видаля) следующими признаками:</p> <p>а) полиморфизмом первичных высыпных элементов б) наличием лихенификации в) наличием полигональных лихеноидных папул г) интенсивностью зуда д) наличием дисхромии</p> <p>3. При лихеноидной форме atopического дерматита с пароксизмальным и биопсирующим зудом и сильной лихенификацией наиболее актуальным фактором риска является:</p> <p>а) частые осложнения вторичной инфекцией б) идиосинкразия к пищевому продукту в) анемия г) нарушение центральной нервной системы, эмоциональные стрессы д) вторичный иммунодефицит</p> <p>4. Течение atopического дерматита у детей может осложниться:</p> <p>а) atopической ювенильной катаракты б) синдрома Тоблера в) сепсиса г) ДВС-синдрома д) анафилактического шока</p> <p>5. К частым осложнениям atopического дерматита относятся все перечисленные, кроме:</p> <p>а) вторичной инфекции в очагах atopического дерматита б) мембрано-деструктивных процессов в эпителии мочевыделительных органов при обострении и atopического дерматита в) плохого сна, раздражительности г) полиаденита д) гипертиреоза</p> <p>6. Антигенное отягощение, способствующее обострению atopического дерматита у ребенка, может:</p> <p>а) избытка белковых продуктов б) витаминных препаратов в) хронической фокальной инфекции г) применения полифепана д) применения антибиотиков</p> <p>7. Для снижения гиперчувствительности ребенку с atopическим дерматитом не следует назначать:</p> <p>а) астафен б) кларитин в) рутин г) гепарин д) преднизолон</p>	<p>б, в, г, д</p> <p>а</p> <p>г</p> <p>а, в, г, д</p> <p>д</p> <p>а, б, в, д</p> <p>д</p>

<p>8. На мокнущие очаги младенцу с атопическим дерматитом наиболее целесообразно назначить:</p> <p>а)эмульсию адвантана б)5% салициловую мазь в)преднизолоновую мазь г)фукорцин д) сернодегтярную пасту</p>	<p>а</p>
<p>9. Самой характерной клинической особенностью стропулюса (детской почесухи) является:</p> <p>а)двухфазность развития первичных высыпных элементов (серопапул) в течение нескольких часов б)волдыри в)геморрагические корки г)приступообразный зуд д)пигментация после расчесов</p>	<p>а</p>
<p>10. Для стафилодермий характерны признаки:</p> <p>а)распространения вглубь б)поражения кожных складок в)поражения придатков кожи г)фолликулярных пустул д)воспалительных узлов</p>	<p>а, в, г, д</p>
<p>11. Для стрептодермий характерны все признаки, кроме:</p> <p>а)поражения кожи лица и складок б)распространения по периферии в)фликтен г)часто встречаются в детском возрасте д)гнойно-некротического воспаления</p>	<p>д</p>
<p>12. При каком варианте локализации фурункула необходимо срочно госпитализировать больного и назначить строгий постельный режим?</p> <p>а)на задней поверхности шеи б)на лице в)в пояснично-крестцовой области г)на коже живота д)на коже предплечья</p>	<p>б</p>
<p>13. В чем опасность фурункула носогубного треугольника?</p> <p>а)развитие рожистого воспаления лица б)развитие флегмоны шеи в)развитие тромбоза кавернозного синуса г)развитие заглоточного абсцесса д)развитие флегмоны дна полости рта</p>	<p>в</p>
<p>14. При гидрадените в воспалительный процесс вовлекаются:</p> <p>а)экринные потовые железы б)сальные железы в)все перечисленное г) апокриновые потовые железы д)ничего из перечисленного</p>	<p>г</p>
<p>15. СПИД-маркерные заболевания включают:</p> <p>а)Оппортунистические инфекции внутренних органов б)Поражения нервной системы в)Саркому Капоши г)Волосатую лейкоплакию языка д)Все перечисленное</p>	<p>д</p>
<p>16. Специфическая иммунотерапия больных рецидивирующим герпесом проводится:</p> <p>а)Интерфероном б)Поливалентной герпетической вакциной в)Пирогеналом г)Иммуноглобулином д)Левамизолом</p>	<p>б</p>
<p>17. Ребенку с большим количеством милиумов, гнейсом, себорейным дерматитом, нагрубанием молочных желез и физиологической желтухой не противопоказаны:</p>	<p>а</p>

	<p>а)гепатопротекторы б)сульфаниламидные препараты в)хлоралгидрат г)кофеин д)преднизолон</p> <p>18. Телеангиэктазии новорожденных характеризуются всеми перечисленными признаками, кроме:</p> <p>а)исчезновения при надавливании б)хорошего прогноза, постепенного исчезновения с возрастом в)отсутствия насыщенного темно-красного цвета г)расплывчатых не четких очертаний д)увеличения с возрастом</p>	д
ПК-7	<p>1. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПРОСТЫМ ПУЗЫРЬКОВЫМ И ОПОЯСЫВАЮЩИМ ЛИШАЯМИ</p> <p>А) простой пузырьковый лишай Б) опоясывающий лишай 1) рецидивирующий характер поражения 2) может встречаться геморрагическая форма 3) излюбленная локализация на губах и гениталиях 3) положительный симптом Асбо-Гансена 4) эозинофилия в крови</p> <p>2. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПРОСТЫМ ПУЗЫРЬКОВЫМ И ОПОЯСЫВАЮЩИМ ЛИШАЯМИ</p> <p>1) простой пузырьковый лишай 2) контагиозный моллюск А) чувство жжения в области высыпаний Б) высыпания в виде везикул В) высыпания в виде папул Г) вдавление в центральной части элемента Д) образование поверхностных эрозий</p>	<p>А1,3; Б2</p> <p>1А,Б,Д; 2В,Г</p>
ПК-7	<p>1. На коже волосистой части головы у ребенка появились четко очерченные округлые очаги поражения с характерным «пеньками» волос (обломанные на высоте 2-3 мм), покрытые сероватыми чешуйками. Субъективно легкий зуд. При микроскопии соскоба обнаружены мелкие споры гриба вокруг волоса. Ваш предположительный диагноз?</p> <p>2. На коже полового члена пациента обнаружена безболезненная эрозия (или язва) плотной консистенции с ровными краями и гладким дном. Паховые лимфоузлы увеличены с одной стороны, плотные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями («бубон»). Ваш предположительный диагноз?</p>	<p>Микроспория (стригущий лишай).</p> <p>Первичный сифилис (твердый шанкр).</p>
ПК-7	<p>Задача 1. Больной 70 лет. Жалобы на высыпания на коже ладоней, без субъективных ощущений. Anamnesis morbi. Считает себя больным в течение 2 лет, когда отметил появление высыпаний на коже обеих кистей; обращался в КВД, где наблюдался с диагнозом токсидермия, по поводу чего применял мазь, содержащую клобетазол, в течение нескольких месяцев. Сопутствующие заболевания: рак предстательной железы, неоперированный, находится под наблюдением онколога. Status localis. При поступлении поражение кожи носит хронический воспалительный характер. Сыпь скудная, локализуется на дистальной поверхности ладоней в виде веррукозных гиперкератотических наслоений серовато-грязного цвета, с четкими границами, расположенных на багрово-синюшном основании. Слизистые оболочки не поражены. Волосы и ногти не изменены. Субъективные ощущения отсутствуют. Результаты исследований. Гистологическое исследование биоптата. Вопросы для контроля</p>	<p>Задача 1.</p> <p>1. Приобретенная кератодермия ладоней и подошв (кератодермия бородавчатая узелковая Лорта-Жакоба) как паранеопластический процесс.</p> <p>2. Дифференциальный диагноз проводится с ладонно-подошвенным псориазом, микозом гладкой кожи, тилотической экземой.</p> <p>3. А. Биопсия кожи. При гистологическом исследовании биоптата кожи в области высыпаний в эпидермисе наблюдаются выраженный гиперкератоз, паракератоз, акантоз и папилломатоз;</p>

<p>1. Поставьте предварительный диагноз. 2. С какими заболеваниями возможно провести дифференциальную диагностику? 3. Какой план обследования больного? 4. Предполагаемая схема лечения.</p> <p>Задача 2. Больной 28 лет предъявляет жалобы на наличие сильно зудящих высыпаний на коже туловища, конечностей и волосистой части головы, значительное увеличение их числа и размеров на местах расчесов. Зуд резко усиливался в вечернее и ночное время.</p> <p>Anamnesis morbi. Псориазом болеет в течение 14 лет. Заболевание обостряется в осенне-зимний период. Последний рецидив возник в мае. В апреле выезжал в командировку. В гостинице имел случайную половую связь с женщиной, которая якобы страдала «аллергией» на шоколад и орехи. После возвращения домой появился зуд на кистях и животе, усиливающийся вечером и ночью. На месте расчесов стали возникать свежие псориазические высыпания, увеличивающиеся в размере. Спустя месяц процесс принял генерализованный характер. Зудящий дерматоз возник у жены. Супруги имели общую постель и интимные контакты.</p> <p>Status localis. Процесс носит генерализованный характер. В клинической картине заболевания резко преобладают папулы - милиарные, лентикулярные и слившиеся в бляшки, покрытые серебристо-белыми чешуйками. Высыпания не связаны с локализацией на разгибательных поверхностях конечностей. Они преобладают на кистях, стопах, локтях, животе, в области складок. В большинстве случаев приурочены к местам расчесов. На ладонях и запястьях множество высыпаний, напоминающих слегка возвышающиеся над кожей линии длиной 5-7 мм, прямые или извилистые, беловатого цвета.</p> <p>Данные лабораторного исследования. Проведена контактная иммерсионная дерматоскопия области поражений на запястье.</p> <p>Вопросы для контроля</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз заболевания. 2. Как называется симптом, лежащий в основе генерализации псориазического процесса и периферического роста высыпаний при псориазе? 3. Какова причина нетипичной локализации высыпаний при псориазе в данном случае? 4. Перечислите комплекс профилактических мероприятий в очаге. 5. Наметьте план лечения заболевания. <p>3. Пациент 32 лет обратился к дерматовенерологу с жалобами на поражение кожи в области спины. Считает себя больным в течение 2 месяцев и связывает начало заболевания после проведения татуировки хной.</p> <p>На момент осмотра в области спины определяются папулезные элементы по типу бабочки. Гистология - в эпидермисе отмечаются акантоз, вакуольная дистрофия шиповатого слоя. В сосочковом слое выявляется большое число гистиоцитов, гигантских клеток инородных тел.</p> <p>Вопросы для контроля</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. С какими заболеваниями возможно провести дифференциальную диагностику? 3. Предполагаемая схема лечения. 	<p>диффузная лимфогистиоцитарная инфильтрация.</p> <p>Б. Проведение онкопоиска и лечение основного - онкологического заболевания.</p> <p>4. Приобретенная кератодермия ладоней и подошв трудно поддается лечению. Назначают местные кератолитические и кортикостероидные мази. Возможен спонтанный регресс высыпаний при удалении опухоли.</p> <p>Задача 2.</p> <p>1. Основной диагноз: чесотка. Сопутствующее заболевание: псориаз, прогрессивная стадия, осенне-зимняя форма, рецидивирующее течение.</p> <p>2. Зуд приводит к механическому травмированию кожи. Таким образом реализуется изоморфная реакция Кебнера - появление свежих высыпаний на местах механической травмы.</p> <p>3. Учитывая постоянный характер зуда, приуроченного к местам локализации чесоточных ходов (кисти, запястья, стопы, локти), типичная топка псориаза в данном случае не была характерной. Псориаз находился в стадии ремиссии, учитывая его осенне-зимнюю форму. Обострению заболевания способствовала чесотка. Появление зудящих высыпаний вызвало перманентное травмирование кожи и возникновение псориазических папул.</p> <p>4. Семья состоит из двух человек (муж и жена). Оба больны чесоткой. Лечение необходимо проводить одновременно во избежание «пинг-понговой инфекции» - перезаражения друг от друга. Обязательным условием является проведение текущей дезинфекции - обеззараживание нательного и постельного белья (машинная стирка при температуре 60-80 °С). Проглаживание верхней одежды горячим утюгом, обращая внимание на</p>
--	---

		<p>карманы.</p> <p>5. Для лечения чесотки можно использовать 0,4% раствор перметрина (медифокс), приготовленного из 5% концентрата в этаноле. Раствор необходимо втирать в вечернее время в весь кожный покров, кроме волосистой части головы, в 1-й и 4-й дни курса. Лечение псориаза следует проводить по утвержденным стандартам.</p> <p>Задача 3.</p> <p>1. На основании клинической картины можно предположить диагноз аллергический контактный дерматит после применения хны. Обращает внимание длительность заболевания, однако аллергический контактный дерматит после исключения патогенного аллергена проходит в течение нескольких дней. Описанные гистологические признаки характерны для саркоидной реакции на введение красителя в кожу. Гистологическая картина аллергического контактного дерматита совсем иная и характеризуется резко выраженным спонгиозом, эксфолиацией и периваскулярным лимфоцитарным инфильтратом в дерме. Окончательный диагноз - саркоидная реакция кожи после применения хны.</p> <p>2. Дифференциальную диагностику необходимо провести с изоморфной реакцией Кебнера при красном плоском лишае и псориазом.</p> <p>3. Лечение - топический ГКС средней силы действия в форме крема на 7 дней. Антигистаминная и десенсибилизирующая терапия на 7 дней.</p>
ПК-8	<p>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Что является предметом изучения патологической физиологии нервной системы?</p> <p>а) Строение нейронов б) Общие закономерности типовых патологических процессов в нервной системе в) Методы лечения нервных болезней г) Психические расстройства</p> <p>2. Какие факторы по природе могут вызывать нарушения</p>	б

<p>деятельности нервной системы?</p> <p>а) Физические, химические, биологические</p> <p>б) Только инфекционные</p> <p>в) Только травматические</p> <p>г) Только наследственные</p> <p>3. Что относится к эндогенным причинам нарушений нервной системы?</p> <p>а) Ионизирующая радиация</p> <p>б) Нарушение мозгового кровообращения</p> <p>в) Нейротропные вирусы</p> <p>г) Токсины микроорганизмов</p> <p>4. Что такое первичные расстройства нервной деятельности?</p> <p>а) Непосредственное действие повреждающего фактора на нейроны</p> <p>б) Нарушение медиаторного обмена</p> <p>в) Деафферентация нейронов</p> <p>г) Развитие охранительного торможения</p> <p>5. Что такое генератор патологически усиленного возбуждения?</p> <p>а) Здоровый нейрон</p> <p>б) Группа гиперактивных нейронов, производящих неконтролируемый поток импульсов</p> <p>в) Тормозный нейрон</p> <p>г) Рецептор боли</p> <p>6. Что такое патологическая детерминанта?</p> <p>а) Здоровый отдел ЦНС</p> <p>б) Нерегулируемый гиперактивный отдел ЦНС</p> <p>в) Тормозный центр</p> <p>г) Рефлекторная дуга</p> <p>7. Что такое патологическая система?</p> <p>а) Система, обеспечивающая адаптацию</p> <p>б) Система, формирующаяся в больном организме и имеющая дезадаптивное значение</p> <p>в) Функциональная система здорового организма</p> <p>г) Система кровообращения</p> <p>8. Что такое «охранительное торможение» по И.П. Павлову?</p> <p>а) Торможение, возникающее вокруг очага возбуждения для защиты нейронов</p> <p>б) Полное отсутствие торможения</p> <p>в) Усиление возбуждения</p> <p>г) Патологическое возбуждение</p> <p>9. Как называется полная потеря чувствительности?</p> <p>а) Анестезия</p> <p>б) Гипестезия</p> <p>в) Гиперестезия</p> <p>г) Парестезия</p> <p>10. Как называется пониженная чувствительность?</p> <p>а) Анестезия</p> <p>б) Гипестезия</p> <p>в) Гиперестезия</p> <p>г) Аналгезия</p> <p>11. Как называется повышенная чувствительность?</p> <p>а) Анестезия</p> <p>б) Гипестезия</p> <p>в) Гиперестезия</p> <p>г) Аналгезия</p> <p>12. Как называется утрата болевой чувствительности?</p> <p>а) Термоаналгезия</p> <p>б) Тактильная анестезия</p> <p>в) Аналгезия</p> <p>г) Астереогнозия</p> <p>13. Что такое боль?</p> <p>а) Приятное ощущение</p>	<p>а</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>б</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>в</p> <p>в</p>
---	---

<p>б) Сложное психоэмоциональное неприятное ощущение, формирующееся под действием патогенного раздражителя в) Нормальная реакция на тепло г) Мышечное сокращение</p> <p>14. Какое значение имеет боль? а) Только патогенное б) Только сигнальное в) Сигнальное и патогенное г) Не имеет значения</p> <p>15. Что такое ноцицепторы? а) Рецепторы боли б) Рецепторы тепла в) Рецепторы холода г) Тактильные рецепторы</p> <p>16. Что такое протопатическая боль? а) Медленная, длительная, диффузная боль б) Быстрая, локальная боль в) Поверхностная боль г) Боль от укола</p> <p>17. Что такое эпикритическая боль? а) Медленная, длительная боль б) Быстрая, «первая» боль в) Глубокая боль г) Висцеральная боль</p> <p>18. Что такое каузалгия? а) Приступообразная жгучая боль в области поврежденных нервных стволов б) Боль в отсутствующей части тела в) Головная боль г) Мышечная боль</p> <p>19. Что такое фантомная боль? а) Боль в суставах б) Боль в отсутствующей части тела в) Зубная боль г) Невралгия</p> <p>20. Что такое паралич? а) Полное отсутствие произвольных движений б) Уменьшение силы и объема движений в) Непроизвольные движения г) Нарушение координации</p> <p>21. Что такое парез? а) Полное отсутствие движений б) Уменьшение амплитуды, скорости, силы и количества произвольных движений в) Непроизвольные сокращения мышц г) Дрожание</p> <p>22. Что характерно для центрального (спастического) паралича? а) Повышение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов б) Снижение мышечного тонуса в) Атрофия мышц г) Отсутствие рефлексов</p> <p>23. Что характерно для периферического (вялого) паралича? а) Атрофия мышц, гипотония, арефлексия б) Повышение тонуса мышц в) Гиперрефлексия г) Наличие патологических рефлексов</p> <p>24. При повреждении каких структур возникает периферический паралич? а) Передних корешков спинного мозга, мотонейронов, периферических нервов б) Пирамидных путей в) Кору головного мозга</p>	<p>б</p> <p>в</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>а</p>
---	--

<p>г) Мозжечка 25. При повреждении каких структур возникает центральный паралич?</p>	<p>а</p>
<p>а) Пирамидных нейронов и путей б) Периферических нервов в) Мышечных волокон г) Задних корешков</p>	
<p>26. Как называется паралич одной конечности? а) Моноплегия б) Параплегия в) Гемиплегия г) Тетраплегия</p>	<p>а</p>
<p>27. Как называется паралич обеих ног или обеих рук? а) Моноплегия б) Параплегия в) Гемиплегия г) Тетраплегия</p>	<p>а</p>
<p>28. Как называется паралич половины тела? а) Моноплегия б) Параплегия в) Гемиплегия г) Тетраплегия</p>	<p>б</p>
<p>29. Что такое гиперкинезия? а) Отсутствие движений б) Избыточные непроизвольные движения в) Снижение силы мышц г) Нарушение чувствительности</p>	<p>в</p>
<p>30. Что такое судороги? а) Внезапные непроизвольные сокращения мышц б) Постоянное дрожание в) Нарушение походки г) Скованность движений</p>	<p>б</p>
<p>31. Какие судороги характеризуются резким и длительным сокращением мышц? а) Тонические б) Клонические в) Смешанные г) Атетозные</p>	<p>а</p>
<p>32. Какие судороги характеризуются быстрым чередованием сокращения и расслабления мышц? а) Тонические б) Клонические в) Тетанические г) Атетозные</p>	<p>а</p>
<p>33. Что такое атетоз? а) Тонические судороги с повышением тонуса мышц б) Клонические судороги в) Дрожание г) Тик</p>	<p>б</p>
<p>34. Что такое тремор? а) Ритмичные колебательные движения частей тела б) Крупные локомоторные движения в) Судороги г) Паралич</p>	<p>а</p>
<p>35. Для какого типа тремора характерно исчезновение при произвольных движениях? а) Паркинсоновского б) Интенционного в) Истерического г) Мозжечкового</p>	<p>а</p>
<p>36. Для какого типа тремора характерно усиление при приближении к цели? а) Паркинсоновского</p>	<p>а</p>

	<p>б) Интенционного в) Постурального г) Тремора покоя 37. Что такое атаксия? а) Нарушение координации движений б) Снижение силы мышц в) Повышение тонуса мышц г) Непроизвольные движения 38. Что характерно для ваготонии? а) Брадикардия, гиперсаливация, сужение зрачков б) Тахикардия, сухость во рту в) Расширение зрачков г) Повышение АД 39. Что характерно для симпатикотонии? а) Брадикардия б) Тахикардия, расширение зрачков, гипосаливация в) Сужение зрачков г) Повышение перистальтики 40. Что такое невроз? а) Функциональное расстройство высшей нервной деятельности б) Органическое поражение мозга в) Воспаление нервов г) Опухоль мозга 41. Что такое следовые реакции? а) Реакции организма на основе структурно-функционального следа от бывшего процесса б) Немедленные реакции на раздражитель в) Защитные рефлексы г) Безусловные рефлексы</p>	<p>б</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>а</p>
ПК-8	<p>Прочитайте текст и установите соответствие 1. Установите соответствие между фазой острой кровопотери и её характеристикой: 1. Сосудисто-рефлекторная фаза 2. Гидремическая фаза 3. Костно-мозговая фаза А. Мобилизация тканевой жидкости, восстановление объёма плазмы Б. Спазм периферических сосудов, централизация кровообращения В. Усиление эритропоэза, ретикулоцитоз Г. Развивается в первые 8–12 часов Д. Развивается на 4–5-й день после кровопотери 2. Установите соответствие между типом эритроцитоза и его причиной: 1. Относительный эритроцитоз 2. Абсолютный гипоксический эритроцитоз 3. Опухолевый эритроцитоз А. Продукция эритропоэтина опухолевыми клетками Б. Сгущение крови при дегидратации В. Хроническая гипоксия при болезнях лёгких, сердца Г. Повышенная продукция эритропоэтина почками</p>	<p>1БГ; 2А; 3ВД</p> <p>1Б; 2ВГ; 3А</p>
ПК-8	<p>Прочитайте текст и установите последовательность 1. Установите последовательность патогенеза лейкоза (опухолевой прогрессии): а) Мутация нормальной кроветворной клетки б) Появление лейкозного клона в) Трансформация в опухолевую клетку г) Развитие поликлоновости и злокачественной прогрессии 2. Установите последовательность основных синдромов, развивающихся при гемобластозах:</p>	<p>а,в,б,г</p> <p>в,б,а,г</p>

	<p>а) Интоксикационный б) анемический в) геморрагический г) Инфекционный (септический)</p>	
ПК-8	<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. Как называется клинико-гематологический синдром, характеризующийся резким снижением количества зернистых лейкоцитов в крови?</p> <p>2. Как называется индекс-величина, представляющая собой соотношение молодых и зрелых нейтрофилов?</p>	<p>Агранулоцитоз</p> <p>Индекс ядерного сдвига нейтрофилов (ИЯСН)</p>
ПК-8	<p>Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</p> <p>1. Пациент Х., страдающий артериальной гипертензией и сахарным диабетом, обратился в клинику с жалобами на периодически возникающую одышку с затрудненным и неудовлетворенным вдохом, особенно выраженную при физической нагрузке. Насколько дней назад у него возник приступ тяжелой инспираторной одышки («удушье») со страхом смерти. По этому поводу была вызвана скорая помощь, врач поставил диагноз «сердечная астма». При обследовании больного в клинике обнаружено: АД 155/120 мм рт.ст., при рентгеноскопии - расширение левого желудочка.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Укажите причины развития и патогенез данного состояния?</p> <p>2. Какое, по вашему мнению, может развиваться осложнение у данного больного?</p> <p>3. Исходя из патогенеза, определите тактику оказания медицинской помощи в данном случае?</p> <p>2. У ребенка выявлен стеноз легочной артерии. При осмотре выявлено: систолический шум во 2 межреберье слева, акцент 2 тона над легочным стволом, гипертрофия правого желудочка, цианоз, боль за грудиной особенно при физической нагрузке.</p> <p>Ответить на вопросы.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Какая форма патологии сердца развилась у пациента? Ответ аргументируйте.</p> <p>2. Какова, по Вашему мнению, причинно-следственная связь развития данной патологии и данных объективного осмотра? Ответ аргументируйте.</p> <p>3. Что является наиболее вероятной причиной состояния, сопровождавшегося болью за грудиной?</p> <p>4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения повреждения миокарда.</p>	<p>1. 1) Причиной развития является артериальная гипертензия, которая привела к поражению левого желудочка из-за чего возник застой в малом круге кровообращения.</p> <p>2) Отек легких.</p> <p>3) Положение больного ортопноэ, что уменьшает застой в малом круге кровообращения. Ингаляция увлажненным кислородом, ведение мочегонных препаратов (петлевых диуретиков - фуросемид, лазикс) которые «разгружают» малый круг кровообращения, сердечных гликозидов (дигоксин) которые уменьшают потребность миокарда в кислороде и усиливают сократительную способность его.</p> <p>2. 1) Развилась острая сердечно - сосудистая недостаточность вследствие стеноза легочной артерии.</p> <p>2) Вследствие стеноза легочной артерии возникла гипертрофия правого желудочка, вследствие уменьшения поступления крови для газообмена в легкие возник цианоз.</p> <p>3) Боль за грудиной возникла вследствие снижения поступления оксигенированной крови в организм, в т. ч и в миокарде, что повлекло за собой развития зоны ишемии.</p> <p>4) Необходимо взять анализ крови на определение уровня тропонинов в крови. При ишемии он повышается, провести рентгенологическое исследование легких, сердце, УЗИ и ЭКГ сердца.</p> <p>1. 1) Имеется. Об этом свидетельствуют признаки застоя в большом и малом круге кровообращения.</p> <p>2) Проведение ЭКГ, рентгенографии легких, УЗИ</p>

	<p>3. Пациент З., 18 лет, страдающий туберкулезом, обратился с жалобами на одышку; боли в правом подреберье, субфебрильную лихорадку. Эти жалобы появились, и стали постепенно нарастать около 4 недель назад. При осмотре: лицо бледное и одутловатое, ортопноэ (больной сидит, наклонившись вперед); при перкуссии: расширение границ относительной тупости сердца влево и вправо на 2 см, ЧСС 100, АД 90/60 мм рт.ст.; при аускультации: тоны сердца глухие, в легких мелкопузырчатые хрипы в базальных отделах, частота дыхания 26 в минуту; набухшие вены шеи, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, болезненная при пальпации, пастозность ног. При рентгенографии органов грудной клетки: шаровидная тень сердца.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Имеется ли у пациента сердечная недостаточность? Что свидетельствует об этом? 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для уточнения формы патологии сердца? 3. Объясните механизм развития данных симптомов исходя из патогенеза развития сердечной недостаточности. 4. Сделайте заключения о форме сердечной недостаточности. 	<p>сердца.</p> <p>3) В следствии снижение сократительной способности миокарда, как левых, так и правых отделов сердца произошел застой в большом и малом круге кровообращения.</p> <p>4) ХСН т.к. в анамнезе заболевания лежит туберкулез легких, на фоне которого появились изменения миокарда сердца.</p>
ПК-8	<p>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Что является предметом изучения патологической физиологии нервной системы?</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Строение нейронов б) Общие закономерности типовых патологических процессов в нервной системе в) Методы лечения нервных болезней г) Психические расстройства <p>2. Какие факторы по природе могут вызывать нарушения деятельности нервной системы?</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Физические, химические, биологические б) Только инфекционные в) Только травматические г) Только наследственные <p>3. Что относится к эндогенным причинам нарушений нервной системы?</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Ионизирующая радиация б) Нарушение мозгового кровообращения в) Нейротропные вирусы г) Токсины микроорганизмов <p>4. Что такое первичные расстройства нервной деятельности?</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Непосредственное действие повреждающего фактора на нейроны б) Нарушение медиаторного обмена в) Деафферентация нейронов г) Развитие охранительного торможения <p>5. Что такое генератор патологически усиленного возбуждения?</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Здоровый нейрон б) Группа гиперактивных нейронов, производящих неконтролируемый поток импульсов в) Тормозный нейрон г) Рецептор боли <p>6. Что такое патологическая детерминанта?</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Здоровый отдел ЦНС 	<p>б</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>б</p>

<p>б) Нерегулируемый гиперактивный отдел ЦНС в) Тормозный центр г) Рефлекторная дуга</p>	<p>б</p>
<p>7. Что такое патологическая система? а) Система, обеспечивающая адаптацию</p>	
<p>б) Система, формирующаяся в больном организме и имеющая дезадаптивное значение в) Функциональная система здорового организма г) Система кровообращения</p>	<p>б</p>
<p>8. Что такое «охранительное торможение» по И.П. Павлову?</p>	
<p>а) Торможение, возникающее вокруг очага возбуждения для защиты нейронов б) Полное отсутствие торможения в) Усиление возбуждения г) Патологическое возбуждение</p>	<p>а</p>
<p>9. Как называется полная потеря чувствительности?</p>	
<p>а) Анестезия б) Гипестезия в) Гиперестезия г) Парестезия</p>	<p>а</p>
<p>10. Как называется пониженная чувствительность?</p>	
<p>а) Анестезия б) Гипестезия в) Гиперестезия г) Аналгезия</p>	<p>б</p>
<p>11. Как называется повышенная чувствительность?</p>	
<p>а) Анестезия б) Гипестезия в) Гиперестезия г) Аналгезия</p>	<p>в</p>
<p>12. Как называется утрата болевой чувствительности?</p>	
<p>а) Термоаналгезия б) Тактильная анестезия в) Аналгезия г) Астереогнозия</p>	<p>в</p>
<p>13. Что такое боль?</p>	
<p>а) Приятное ощущение б) Сложное психоэмоциональное неприятное ощущение, формирующееся под действием патогенного раздражителя в) Нормальная реакция на тепло г) Мышечное сокращение</p>	<p>б</p>
<p>14. Какое значение имеет боль?</p>	
<p>а) Только патогенное б) Только сигнальное в) Сигнальное и патогенное г) Не имеет значения</p>	
<p>15. Что такое ноцицепторы?</p>	
<p>а) Рецепторы боли б) Рецепторы тепла в) Рецепторы холода г) Тактильные рецепторы</p>	<p>в</p>
<p>16. Что такое протопатическая боль?</p>	
<p>а) Медленная, длительная, диффузная боль б) Быстрая, локальная боль в) Поверхностная боль г) Боль от укола</p>	<p>а</p>
<p>17. Что такое эпикритическая боль?</p>	
<p>а) Медленная, длительная боль б) Быстрая, «первая» боль в) Глубокая боль г) Висцеральная боль</p>	<p>а</p>
<p>18. Что такое каузалгия?</p>	
<p>а) Приступообразная жгучая боль в области поврежденных</p>	<p>б</p>

<p>нервных стволов</p> <p>б) Боль в отсутствующей части тела в) Головная боль г) Мышечная боль</p> <p>19. Что такое фантомная боль?</p> <p>а) Боль в суставах б) Боль в отсутствующей части тела в) Зубная боль г) Невралгия</p> <p>20. Что такое паралич?</p> <p>а) Полное отсутствие произвольных движений б) Уменьшение силы и объема движений в) Непроизвольные движения г) Нарушение координации</p> <p>21. Что такое парез?</p> <p>а) Полное отсутствие движений б) Уменьшение амплитуды, скорости, силы и количества произвольных движений в) Непроизвольные сокращения мышц г) Дрожание</p> <p>22. Что характерно для центрального (спастического) паралича?</p> <p>а) Повышение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов б) Снижение мышечного тонуса в) Атрофия мышц г) Отсутствие рефлексов</p> <p>23. Что характерно для периферического (вялого) паралича?</p> <p>а) Атрофия мышц, гипотония, арефлексия б) Повышение тонуса мышц в) Гиперрефлексия г) Наличие патологических рефлексов</p> <p>24. При повреждении каких структур возникает периферический паралич?</p> <p>а) Передних корешков спинного мозга, мотонейронов, периферических нервов б) Пирамидных путей в) Кору головного мозга г) Мозжечка</p> <p>25. При повреждении каких структур возникает центральный паралич?</p> <p>а) Пирамидных нейронов и путей б) Периферических нервов в) Мышечных волокон г) Задних корешков</p> <p>26. Как называется паралич одной конечности?</p> <p>а) Моноплегия б) Параплегия в) Гемиплегия г) Тетраплегия</p> <p>27. Как называется паралич обеих ног или обеих рук?</p> <p>а) Моноплегия б) Параплегия в) Гемиплегия г) Тетраплегия</p> <p>28. Как называется паралич половины тела?</p> <p>а) Моноплегия б) Параплегия в) Гемиплегия г) Тетраплегия</p> <p>29. Что такое гиперкинезия?</p> <p>а) Отсутствие движений б) Избыточные произвольные движения в) Снижение силы мышц</p>	<p>а</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>в</p>
---	---

<p>г) Нарушение чувствительности</p> <p>30. Что такое судороги?</p> <p>а) Внезапные непроизвольные сокращения мышц</p> <p>б) Постоянное дрожание</p> <p>в) Нарушение походки</p> <p>г) Скованность движений</p> <p>31. Какие судороги характеризуются резким и длительным сокращением мышц?</p> <p>а) Тонические</p> <p>б) Клонические</p> <p>в) Смешанные</p> <p>г) Атетозные</p> <p>32. Какие судороги характеризуются быстрым чередованием сокращения и расслабления мышц?</p> <p>а) Тонические</p> <p>б) Клонические</p> <p>в) Тетанические</p> <p>г) Атетозные</p> <p>33. Что такое атетоз?</p> <p>а) Тонические судороги с повышением тонуса мышц</p> <p>б) Клонические судороги</p> <p>в) Дрожание</p> <p>г) Тик</p> <p>34. Что такое тремор?</p> <p>а) Ритмичные колебательные движения частей тела</p> <p>б) Крупные локомоторные движения</p> <p>в) Судороги</p> <p>г) Паралич</p> <p>35. Для какого типа тремора характерно исчезновение при произвольных движениях?</p> <p>а) Паркинсоновского</p> <p>б) Интенционного</p> <p>в) Истерического</p> <p>г) Мозжечкового</p> <p>36. Для какого типа тремора характерно усиление при приближении к цели?</p> <p>а) Паркинсоновского</p> <p>б) Интенционного</p> <p>в) Постурального</p> <p>г) Тремора покоя</p> <p>37. Что такое атаксия?</p> <p>а) Нарушение координации движений</p> <p>б) Снижение силы мышц</p> <p>в) Повышение тонуса мышц</p> <p>г) Непроизвольные движения</p> <p>38. Что характерно для ваготонии?</p> <p>а) Брадикардия, гиперсаливация, сужение зрачков</p> <p>б) Тахикардия, сухость во рту</p> <p>в) Расширение зрачков</p> <p>г) Повышение АД</p> <p>39. Что характерно для симпатикотонии?</p> <p>а) Брадикардия</p> <p>б) Тахикардия, расширение зрачков, гипосаливация</p> <p>в) Сужение зрачков</p> <p>г) Повышение перистальтики</p> <p>40. Что такое невроз?</p> <p>а) Функциональное расстройство высшей нервной деятельности</p> <p>б) Органическое поражение мозга</p> <p>в) Воспаление нервов</p> <p>г) Опухоль мозга</p> <p>41. Что такое следовые реакции?</p> <p>а) Реакции организма на основе структурно-функционального</p>	<p>б</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p>
--	---

	<p>следа от бывшего процесса</p> <p>б) Немедленные реакции на раздражитель</p> <p>в) Защитные рефлексы</p> <p>г) Безусловные рефлексы</p>	<p>а</p>
ПК-9	<p>1. «Львиное» лицо характеризуется:</p> <p>а) Глубоких инфильтратов кожи и подкожной клетчатки на лице</p> <p>б) Грубых складок на лице</p> <p>в) Утолщение носа, губ, ушных раковин</p> <p>г) Истончения и атрофии крыльев носа и ушных раковин</p> <p>д) Выпадение бровей</p> <p>2. Возбудитель лепры при лепроматозном типе лепры обнаруживается:</p> <p>а) В соскобе со слизистой перегородки носа</p> <p>б) В соскобе с поверхности инфильтрата</p> <p>в) В пункционном материале из инфильтрата</p> <p>г) В гистологическом препарате</p> <p>д) Во всем перечисленном, кроме б)</p> <p>3. Эризипеллоид как профессиональное заболевание возможен:</p> <p>а) У поваров</p> <p>б) У рабочих мясо- и рыбоперерабатывающего производства</p> <p>в) У кондитеров</p> <p>г) У медицинских работников</p> <p>д) Правильно а) и б)</p> <p>4. Для лечения демодекоза используется:</p> <p>а) Противовоспалительных средств</p> <p>б) Гормональных мазей и кремов</p> <p>в) Антипаразитарных средств</p> <p>г) Гипосенсибилизирующих средств</p> <p>д) Лечение фоновых заболеваний</p> <p>5. В какие сроки после окончания приема антихламидийного препарата можно устанавливать критерии излеченности методом ПЦР Nasba:</p> <p>а) Сразу после окончания лечения</p> <p>б) Через 3 дня</p> <p>в) Через 7 дней</p> <p>г) Через 2 недели</p> <p>д) Через 4 недели</p> <p>6. В какой ситуации показано лечение уретрита/цервицита при обнаружении <i>U. urealyticum</i>, <i>M. hominis</i>:</p> <p>а) Отсутствие клиники, но их выявление методом ПЦР</p> <p>б) Наличие клиники и их выявление методом ПЦР</p> <p>в) Отсутствие клиники, но их выявление на твердых питательных средах</p> <p>г) Отсутствие клиники, но их выявление на жидких питательных средах</p> <p>д) Наличие клиники и установление их концентрации в 104 КОЕ/мл или 10⁴/мл или 104 копий ДНК/мл (ПЦР Real Time)</p> <p>7. При обнаружении методом ПЦР <i>M. genitalium</i> подлежит ли пациент лечению при отсутствии клинической картины уретрита/цервицита?</p> <p>А) Подлежит</p> <p>б) не подлежит</p> <p>в) Необходимо повторное обследование методом ПЦР</p> <p>г) Необходимо использование двух методик (ПЦР, ПЦР Real Time)</p> <p>д) Необходимо обследование методом ПЦР Nasba</p> <p>8. Признаками эндоцервицита является:</p> <p>а) Слизистой пробки в цервикальном канале</p> <p>б) Слизисто-гнойных выделений из цервикального канала</p> <p>в) Эрозии шейки матки</p> <p>г) Ретенционных кист шейки матки</p>	<p>а, б, в, д</p> <p>д</p> <p>д</p> <p>а, в, г, д</p> <p>а</p> <p>д</p> <p>а</p> <p>б, в, г, д</p>

<p>д) Гипертрофии шейки матки</p> <p>9. При уретроскопии могут быть обнаружены все перечисленные признаки воспаления, кроме:</p> <p>а) Мягкого инфильтрата б) Твердого инфильтрата в) Куперита г) Колликулита д) Литтреита</p>	<p>в</p>
<p>10. В целях профилактики инфекционных заболеваний глаз у новорожденных закапывают в конъюнктивальный мешок глаза:</p> <p>а) 20% раствор сульфацила натрия по одной капле 3-хкратно с интервалом 10 мин б) 30% раствор сульфацила натрия однократно спустя 2 ч после рождения в) 2% раствор резорцина немедленно после рождения г) 2% раствор резорцина немедленно и спустя 3 ч после рождения</p>	<p>а</p>
<p>11. Общими жалобами для трихомониаза, кандидоза и бактериального вагиноза являются:</p> <p>а) Выделения из влагалища б) Неприятный запах отделяемого в) Зуд, жжение или чувство дискомфорта в области наружных половых органов г) Эрозии на слизистых оболочках гениталий д) Все перечисленное</p>	<p>д</p>
<p>12. Влагалищная гарднерелла представляет собой:</p> <p>а) Грам-отрицательные коккобациллы б) Грам-вариабельные коккобациллы в) Грам-положительные кокковые формы микроорганизмов г) Грам-положительные бациллярные формы микроорганизмов д) Грам-вариабельные кокковые формы микроорганизмов</p>	<p>б</p>
<p>13. Урогенитальные инфекции, обусловленные анаэробными микроорганизмами, могут являться следствием всего перечисленного, кроме:</p> <p>а) Полового контакта с инфицированным партнером б) Гипоэстрогении в) Инвазивных методов обследования внутренних половых органов г) Применения внутриматочных и оральных контрацептивов д) Посещения бань, саун и других мест общественного пользования</p>	<p>д</p>
<p>14. Этиологический диагноз гарднереллеза при исследовании мазков, окрашенных по Граму, ставится на основании обнаружения в отделяемом всего перечисленного, кроме:</p> <p>а) «Ключевых» клеток б) Снижения количества лейкоцитов в поле зрения до 1-2 в) Клеток с призраками атипии г) Снижения или полного отсутствия палочек Додерлейна д) Организмов рода Мобилункус или Лептотрикс</p>	<p>б</p> <p>в</p>
<p>15. Термином «ключевая» клетка обозначается:</p> <p>а) Клетка цилиндрического эпителия, имеющая внутрицитоплазматические включения б) Клетка влагалищного эпителия, покрытая 74грамм-вариабельной мноморфной, упорядоченной палочковой флорой в) Клетка влагалищного эпителия, покрытая сплошь или частично 74грамм-вариабельными коккобациллярными микроорганизмами г) Клетка влагалищного эпителия, покрытая сплошь или частично 74грамм-положительной палочковой флорой д) Споровая форма микроорганизма</p>	<p>а</p>
<p>16. При разборе случая гонобленореи у новорожденного эпидемиолог и венеролог установили, что 20% раствор сульфацила натрия для закапывания на слизистую оболочку глаз был давностью трое суток. Срок хранения данного</p>	

	<p>раствора должен составлять:</p> <p>а)1 сутки б)2 суток в)3 суток г)4 суток д)Готовится перед употреблением</p> <p>17. Различают все перечисленные формы простатитов, кроме:</p> <p>а)Катарального б)Фолликулярного в)Грануляционного г)Паренхиматозного д)Абсцесса предстательной железы</p> <p>18. Информативное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства:</p> <p>а)Всегда б)В особых случаях в)Не всегда</p>	<p>В</p> <p>а</p>
ПК-9	<p>1. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ФАКУЛЬТАТИВНЫМИ И ОБЛИГАТНЫМИ РАЗДРАЖИТЕЛЯМИ:</p> <p>1) факультативные раздражители 2) облигатные раздражители А) серная кислота Б) кипяток В) трение Г) стиральный порошок</p> <p>2. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ КОНТАКТНЫМИ ДЕРМАТИТАМИ (ПРОСТОЙ И АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ) И РАЗДРАЖИТЕЛЯМИ, КОТОРЫЕ ИХ ВЫЗЫВАЮТ:</p> <p>1) простой контактный дерматит 2) аллергический контактный дерматит А) моющие средства Б) синтетические ткани В) концентрированные кислоты и щёлочи Г) высокая и низкая температура</p>	<p>1А,Г; 2Б,В</p> <p>1В,Г; 2А,Б</p>
ПК-9	<p>1. УКАЖИТЕ ХРОНОЛОГИЧЕСКУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ФУРУНКУЛА</p> <p>1) отхождение некротического стержня 2) инфильтрат в волосяной луковице 3) формирование пустулы 4) формирование язвы 5) формирование рубца</p> <p>2. УКАЖИТЕ ХРОНОЛОГИЧЕСКУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ВОЛЧАНКИ:</p> <p>1) периферический рост бугорков и слияние в сплошные очаги 2) изъязвление бугорков 3) формирование бугорка</p>	<p>2, 3, 1, 4, 5</p> <p>3, 1, 2</p>
ПК-9	<p>1. На разгибательных поверхностях конечностей (локти, колени) и волосистой части головы появились четко отграниченные бляшки розово-красного цвета, покрытые серебристо-белыми чешуйками. При поскабливании усиливается шелушение (симптом «стеаринового пятна»), затем появляется гладкая пленка (симптом «терминальной пленки») и точечное кровотечение (симптом «кровоной росы»). Ваш предположительный диагноз?</p> <p>2. Пациент, вернувшийся из тропической страны, жалуется на болезненные язвы на половых органах с гнойным отделяемым, а</p>	<p>Псориаз (чешуйчатый лишай).</p> <p>Мягкий шанкр (шанкроид).</p>

	<p>также увеличение и нагноение паховых лимфоузлов. Лимфоузлы спаяны между собой и с кожей, кожа над ними красная. В мазках из язв обнаружены грамтрицательные палочки («цепочки»).</p> <p>Ваш предположительный диагноз?</p>	
ПК-9	<p>Задача 1. Больной 54 лет. Жалобы на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей.</p> <p>Anamnesis morbi. Болен псориазом в течение 30 лет. Периодически проводились многократные курсы ПУВА-терапии с выраженным терапевтическим эффектом. Общее количество процедур фототерапии составило более 300. В течение последних 10 лет отмечается появление пигментированных пятен на различных участках кожного покрова. Процесс прогрессирует. Субъективных ощущений нет.</p> <p>Status localis. Патологический процесс локализуется на коже туловища, плечей, предплечий, кистей, бедер, голеней. Представлен невоспалительными пятнистыми элементами коричневого и темно-коричневого цвета неправильной формы диаметром 1 – 1,5 см. Результаты исследований. Дерматоскопическое исследование: макула неправильной формы, равномерная пигментная сеть. Симптомы, характерные для других заболеваний (глобулы, точки, гранулы, сосуды, бесструктурные зоны, бело-голубая вуаль и др.), отсутствуют.</p> <p>Вопросы для контроля</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. С какими заболеваниями возможно провести дифференциальную диагностику? 3. Какой план обследования больного? 4. Предполагаемая схема лечения. <p>Задача 2. На прием к врачу обратился больной 17 лет с жалобами на высыпания в области лица, шеи, сгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей.</p> <p>При осмотре. Кожа в области поражения утолщена, гиперпигментирована, сухая, кожный рисунок усилен.</p> <p>На поверхности высыпаний наблюдаются множественные линейные повреждения, покрытые кровянистыми корочками бурого цвета.</p> <p>Вопросы для контроля</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите морфологические элементы и дайте им определение. 2. Для каких заболеваний характерны данные морфологические элементы? 3. Основные патоморфологические изменения в коже при данной патологии. <p>3. На прием обратилась 23-летняя студентка 4-го курса стоматологического факультета с жалобами на высыпания в области кистей, сопровождающиеся зудом в течение 2 недель.</p> <p>Anamnesis morbi. Около 1 месяца назад ее направили на практические занятия в стоматологический кабинет, где она работала в латексных перчатках со стоматологическими материалами. Через несколько дней на кистях появилась сыпь. Студентка продолжала работать.</p> <p>Status localis. На коже тыльной поверхности кистей с переходом на боковые располагаются многочисленные пятна ярко-розового цвета, неправильной формы, с нечеткими границами и единичными эскориациями. Некоторые пятна имеют тенденцию к сливанию.</p> <p>Вопросы для контроля</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какой основной раздражитель был на работе у нашей пациентки? 3. Какие дополнительные методы исследования помогут подтвердить наличие сенсибилизации к раздражителю? 	<p>Задача 1.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ПУВА-лентиго. 2. Дифференциальный диагноз проводят с солнечным лентиго, вес. Нушками, себорейным кератозом, другими меланоцитарными образованиями. 3. Дерматоскопия. При необходимости – гистологическое исследование биоптата кожи. При гистологическом исследовании: удлинение эпидермального гребня, увеличение количества и меланизации меланоцитов. 4. Лечение не требуется. Ограничение УФ-излучения. <p>Задача 2.</p> <p>Вторичные элементы: лихенификация, эскориация, корка.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Атопический дерматит, нейродермит, экзема. 3. Патологические изменения в разных областях различны. Типичны гиперкератоз и акантоз. Могут встречаться локализованные участки спонгиоза и паракератоза. Гиперплазированы все компоненты эпидермиса. Кожные изменения варьируют в зависимости от первопричины и длительности существования патологии. Обычно имеют место хронические воспалительные смешанные клеточные инфильтраты в верхних слоях дермы, иногда в сочетании с фиброзом и пролиферацией лимфоцитов. <p>Задача 3.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Аллергический контактный дерматит кистей. 2. Латексные перчатки. 3. Тест с аппликацией латексного материала в период ремиссии или определение латекс-специфичного IgE. 4. Ограничить контакт с раздражителем. Заменить латексные перчатки на нитриловые. Провести специфическую терапию:

	<p>4. Ваши рекомендации по лечению и элиминации профессионального фактора.</p>	<p>антигистаминные препараты 2-го или 3-го поколения – лоратадин внутрь по 10 мг в сутки в течение 10-14 дней или цетиризин по 10 мг в сутки в течение 10-14 дней; наружно ГКС: бетаметазона валерат крем 2 раза в сутки в течение 2 недель или мометазона фураат крем 0,1% 1 раз в сутки в течение 2 недель.</p>
ПК-10	<p>1. Болезнь Девержи у взрослых больных имеет следующие перечисленные признаки: а)Дебют болезни Девержи может быть во взрослом возрасте б)Резко выражены феномены Ауспитца в)На пальцах имеются конусы Бенъе г)При стертых формах поражение может ограничиваться гиперкератотическими очагами на ладонях и подошвах д)У больных, впервые заболевших во взрослом возрасте, обычно в семье нет идентичных больных</p> <p>2. Кожа моряков и земледельцев характеризуется: а)Предшествующим фотодерматитом б)Застойной гиперемией в)Поражением преимущественно открытых участков кожи г)Является разновидностью сенильной атрофии д)Всем перечисленным.</p> <p>3. Прогрессирующая идиопатическая атрофия кожи характеризуется: а)Возникновения только в глубоком старческом возрасте б)Начала поражения с дистальных отделов конечностей в)Начальной гиперемии с тестоватым инфильтратом и отеком г)Последующего побледнения с сиреневатым или перламутровым оттенком, мелкопластическим шелушением, морщинистостью, истончением д)Снижения сало- и потоотделения, выпадения волос.</p> <p>4. Зуд кожи не сопровождает: а)Сахарный диабет б)Уремию в)Лимфогранулематоз г)Цирроз печени д)Саркому Капоши</p> <p>5. При каком буллезном дерматозе у больных нередко одновременно обнаруживается повышенная чувствительность к глютену: а)Герпесе беременных б)Герпериформном дерматите Дюринга в)Приобретенном буллезном эпидермолизе г)Эритематозной пузырчатке д)Синдроме Стивенса-Джонсона</p> <p>6. Причиной фотоиндуцированной лекарственной сыпи могут быть все перечисленные медикаменты, кроме: а)Фуросемида б)Тетрациклина в)Дипразина г)Плаквенила д)Налидиксоновой кислоты</p> <p>7. Исходом поражения мышц при дерматомикозе может быть все перечисленное, кроме: а)Мышечной дистрофии б)Фиброзного миозита в)Фиброзных контрактур г)Кальциноза</p>	<p>а, в, г, д</p> <p>д</p> <p>б, в, г, д</p> <p>д</p> <p>б</p> <p>а, б, в, д</p> <p>д</p>

<p>д)Амилоидоза 8. Развитию полной картины системной склеродермии предшествуют: а)Снижение аппетита и падение веса б)Общая слабость и быстрая утомляемость при привычной физической нагрузке в)Периодические боли в крупных и мелких суставах и тянущие боли в мышцах по ночам г)Все перечисленное д)Ничего из перечисленного</p>	<p>Г</p>
<p>9. Трансформация пигментного невуса в злокачественную меланому может проявиться: а)Неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса б)Увеличением или неравномерностью пигментации в)Увеличением или неравномерностью плотности г)Изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров д)Всем перечисленным</p>	<p>Д</p>
<p>10. Для кератоакантомы характерно: а)Начало с шаровидного узла б)Быстрый центральный распад с образованием блюдцеобразной опухоли в)Отторжение распадающихся масс с одновременным утолщением опухоли г)Образование депигментированного звездчатого рубца не позднее 3 месяцев с начала заболевания д)Все перечисленное</p>	<p>Д</p>
<p>11. Надбровная рубцующаяся эритема характеризуется: а)Появления с детства б)Локализации в области надбровных дуг, часты также очаги на щеках, лбу в)Роговых конусов Бенье г)Сетевидной и точечной нежной атрофии кожи, выпадение бровей д)Яркой эритемы с легким цианотичным оттенком, мелких фолликулярных гиперкератотических папул</p>	<p>а, б, в, г</p>
<p>12. Клиническими проявлениями при грибовидном микозе может быть все перечисленное, кроме: а)Сильного зуда б)Эритематозных очагов, инфильтрированных бляшек в)Опухолевидных-узловатых образований с язвенным распадом г)Эритродермии и кератодермии ладоней и подошв д)Лимфангиэктатических кист</p>	<p>Д</p>
<p>13. Во время лечения тигазоном больных с наследственными нарушениями ороговения регулярно проводится лабораторный скрининг, который должен включать: а)Определения активности аланиновой и аспарагиновой трансаминаз, щелочной фосфотазы б)Определения иммунорегулярного комплекса в)Определения уровня холестерина и триглицеридов г)Определения общего белка и белковых фракций д)Определения уровня общего и прямого билирубина</p>	<p>Д</p> <p>б, в, г, д</p>
<p>14. При лечении метотрексатом больных псориазом нежелательно применять перечисленные препараты: а)Пантотената кальция и гепатопротекторов б)Сульфаниламидов в)Салицилатов, нестероидных противовоспалительных средств г)Тетрациклинов д)Ретиноидов</p>	<p>Д</p>
<p>15. При длительном применении пенициллина для лечения больных склеродермией возможны побочные явления, кроме; а)Зуда, крапивницы, токсикодермии б)Изменения периферической крови (анемия, лейкопения, тромбоцитопения)</p>	<p></p>

	<p>в) Гематурии, протеинурии, тромбоцитопения) г) Цинк-дефицитные состояния д) Усиления индукции кожи и образования келоидов</p> <p>16. Наиболее распространенными веществами сенсибилизирующего действия являются:</p> <p>а) Полимеры б) Соли тяжелых металлов в) Фосфорорганические и хлорорганические пестициды и инсектициды г) Медикаменты д) Все перечисленные</p> <p>17. Ожог, вызванный концентрированной щелочью, характеризуется всем перечисленным, кроме:</p> <p>а) Сухого струпа б) Мягкого струпа в) Нечетких границ г) Постепенного распространения некроза вглубь и по периферии д) Рыхлого струпа</p> <p>18. Токсикодермия характеризуется:</p> <p>а) Бурной воспалительной реакцией кожи б) Большой распространенностью, вплоть до эритродермии в) Нарушением общего состояния г) Быстрым регрессом после устранения контакта с аллергеном д) Всем перечисленным</p>	<p>д</p> <p>а</p> <p>д</p>
ПК-10	<p>1. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ СТРЕПТОСТАФИЛОДЕРМИЯМИ И ИХ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ:</p> <p>1) стрептодермия 2) стафилодермия А) приуроченность пустул к сальным и потовым железам Б) приуроченность пустул к складкам кожи и естественным отверстиям</p> <p>2. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ СИМПТОМАМИ ЧЕСОТКИ И ИХ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ:</p> <p>1) Симптом Арди 2) Симптом Горчакова А) точечные кровянистые корочки на локтях Б) гнойные корки и импетиго на локтях</p>	<p>1Б, 2А</p> <p>1Г, 2А</p>
ПК-10	<p>1. Укажите последовательность по возрастанию глубины поражения следующих групп микозов (Н.Д. Шеклаков, 1976) а) Дерматофитии; б) Глубокие микозы; в) Кератомикозы.</p> <p>2. Укажите последовательность возникновения следующих микозов в возрастных группах по возрастанию а) Разноцветный лишай; б) Микроспория; в) Рубромикоз.</p>	<p>В, а, б</p> <p>б, а, в</p>
ПК-10	<p>1. На коже туловища и конечностей появились мономорфные высыпания в виде розовых пятен и папул шелушащихся, напоминающих «медальоны». Сыпи предшествовало «материнская бляшка» на туловище. Симптом Никольского отрицательный, субъективно – умеренный зуд. Ваш предположительный диагноз?</p> <p>2. У пациента через 2-3 недели после появления твердого шанкра (который зарубцевался) повысилась температура, появились головные и мышечные боли. На коже туловища и конечностей обнаружена обильная розеолезно-папулезная сыпь без шелушения. Полиаденит. В отделяемом папул при темнопольной микроскопии обнаружены бледные трепонемы. Ваш предположительный диагноз?</p>	<p>Розовый лишай Жибера.</p> <p>Вторичный свежий сифилис.</p>
ПК-10	<p>1. Больной 63 лет. Жалобы на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся интенсивным зудом. Anamnesis morbi. Считает себя больным в течение 3 лет, когда впервые появились зудящие папуло-везикулезные</p>	<p>Задача 1. 1. Герпетиформный дерматит Дюринга. 2. Дифференциальный диагноз</p>

<p>высыпания на коже в области локтевых и коленных сгибов. Проведено противоскабиозное лечение без эффекта. Десенсибилизирующая терапия и однократное введение системного глюкокортикостероида пролонгированного действия приводили к временному положительному эффекту.</p> <p>Status localis. Патологический процесс распространенный, симметричный, характеризуется полиморфизмом клинических проявлений: пятна, папулы, везикулы с твердой крышечкой и прозрачным содержимым, склонные к группировке. На месте расчесов – геморрагические корки и эскориации. Видимые слезистые оболочки интактны.</p> <p>Результаты иммунофлюоресцентного исследования клинически интактного участка кожи больного. Выявлены гранулярные отложения иммунных комплексов, содержащих IgA, в сосочковом слое дермы со скоплением их в дермо-эпидермальном соединении.</p> <p>Вопросы для контроля</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. С какими заболеваниями возможно провести дифференциальную диагностику? 3. Какой план обследования больного? 4. Предполагаемая схема лечения. <p>2. На прием к врачу обратился больной 37 лет с жалобами на высыпания и чувство жжения в области указательного пальца левой кисти.</p> <p>При осмотре. На коже ногтевой фаланги левого указательного пальца в виде подковы расположена поверхностная эрозия с гнойным отделяемым. По краю эрозии в виде дряблого валика сохраняются остатки фликтены.</p> <p>Вопросы для контроля</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите морфологические элементы и дайте им определение. 2. Для каких заболеваний характерны данные морфологические элементы? 3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика? 4. Перечислите основные патоморфологические изменения в коже при данной патологии. <p>3. Пациентка 47 лет обратилась к дерматологу в КДЦ с жалобами на высыпания на коже боковых поверхностей шеи в виде пятен, участков западения кожи, а также множественные телеангиэктазии. Болеет несколько лет. Характер течения заболевания: хронический персистирующий. Самостоятельно пользовалась топическими глюкокортикостероидами (кловейт), без эффекта.</p> <p>Вопросы для контроля</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назовите морфологические элементы и дайте им определение. 3. Предполагаемая схема лечения. 	<p>проводится с аутоиммунной пузырчаткой, включая паранеопластическую пузырчатку, линейным IgA-зависимым буллезным дерматозом, буллезной формой токсидермии, многоформной экссудативной эритемой, буллезным пемфигоидом Левера, субкорнеальным пустулезным дерматозом Снеудона – Уил-кинсона, пустулезным псориазом.</p> <p>3. При иммуногистохимическом исследовании клинически интактного участка кожи больной обнаруживают гранулярные отложения иммуноглобулина класса А в сосочковом слое дермы, что является характерным иммуноморфологическим признаком для герпетиформного дерматита Дюринга.</p> <p>4. Основной терапией герпетиформного дерматита Дюринга является назначение безглютеновой диеты и препаратов сульфонового ряда курсами (например, дапсон в дозе 100-150 мг/сут per os под контролем клинического анализа крови). В качестве наружной терапии используют водные растворы анилиновых красителей и/или топические кортикостероиды.</p> <p>Задача 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Первичные элементы: фликтена, гнойничок. 2. Вторичные элементы: корка, эрозия. 3. Буллезное импетиго, стрептококковое импетиго, пузырчатка новорожденных, шанкр-панариции, простой герпес, буллезный пемфигоид, поздняя кожная порфирия (тыльная поверхность кистей). 4. В коже как при стрептококковой, так и при стафилококковой инфекции обнаруживают пузырь. Он расположен непосредственно под роговым слоем, содержит фибрин, нейтрофильные гранулоциты и немного лимфоцитов. Иногда в пузыре можно видеть акантолитические клетки,
---	---

		<p>образующиеся в результате воздействия протеолитических ферментов нейтрофильных гранулоцитов и лимфоцитов. В поздней стадии, после вскрытия пузыря, роговой слой отсутствует, образуется корочка из фибрина и ядерных остатков нейтрофильных гранулоцитов.</p> <p>Задача 3. 1. Пойкилодермия Сиватта. 2. Кожный патологический процесс носит локализованный характер, высыпания локализуются на боковых поверхностях шеи, представлены симметричной красновато-коричневой эритемой, телеангиэктазиями и гиперпигментацией, очагами атрофии. На пораженных местах видны небольшие узелковые высыпания фолликулярного кератоза. Передняя поверхность шеи свободна от высыпаний. Гистологически отмечается истончение эпидермиса, повышенное отложение пигмента в базальных клетках, в дерме – расширенные сосуды, периваскулярные инфильтраты лимфоцитами, гистиоцитами, меланофагами, фрагментация и исчезновение эластических волокон, гомогенизация коллагеновых волокон. 3. Строгая фотозащита и избегание парфюмерии и кремов с отдушками. Лазерное лечение (длина волны 585 нм, длительность импульса 450 мкс и влиянием 3,5 Дж/см). Отдельные авторы отмечают некоторое улучшение при комбинированном применении гидрохинона 4% + третиноина 0,05% + L-аскорбиновая кислота 15%.</p>
ПК-11	<p>Прочитайте текст и установите соответствие.</p> <p>Задание 1: Какую сущность отражает термин <дистрофия>?: 1) некроз 2) нарушение метаболизма 3) воспаление</p> <p>Задание 2. Выберите морфогенетический механизм развития дистрофий: 1) повреждение 2) некроз 3) фанероз</p>	<p>Правильно:2</p> <p>Правильно:3</p>

	<p>4) воспаление</p> <p>Задание 3. Исходом гиалиново-капельной дистрофии чаще всего является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) возврат к нормальному состоянию 2) гибель клетки 3) переход в другие формы дистрофий <p>Задание 4. Понятие <паренхиматозные дистрофии> относится к классификации:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) по локализации процесса 2) по виду нарушенного обмена 3) по распространенности процесса <p>Задание 5. Какой из перечисленных органов прежде всего подвергается диабетической микроангиопатии?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) головной мозг 2) печень 3) почки 4) сердце 	<p>Правильно:2</p> <p>Правильно:1</p> <p>Правильно:3</p>
ПК-11	<p>Прочитайте текст и установите последовательность.</p> <p>Вопрос 1 Лейкоплакия- это</p> <p>Варианты последовательностей:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гиперкератоз 2. некроз 3. ихтиоз 4. паракератоз 5. очаговое ороговение многослойного плоского эпителия <p>Вопрос 2. Что относится к придаткам кожи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. волосяные фолликулы 2. артерии 3. сальные железы 4. потовые железы 5. жировая ткань 6. капсула кисты 7.Предбрюшинная клетчатка 8. вилочковая железа <p>Вопрос 3. Локализация атеромы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сальник 2. Подкожно-жировая клетчатка 3. Дерма 4. Эпидермис 5. Интима аорты <p>Вопрос 4.</p> <p>Расположения абсцесса Мунро:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кожа, эпидермис 2. подкожно-жировая клетчатка 3. сальник 4. печень 5. легкое <p>Вопрос 5.</p> <p>Фурункул - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гнойное воспаление сальной железы 2. гнойное воспаление потовой железы 3. серозное воспаление Фатерова сосочка (большой дуоденальный сосочек) 4. гнойное воспаление волосяного фолликула 5. абсцесс почки 	<p>5</p> <p>1-3-4</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>4-1</p>
ПК-11	<p>Задание открытого типа с развернутым ответом /задача</p> <p>Задача 1. Инфаркт миокарда</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Что такое инфаркт миокарда в терминах общепатологических процессов? 2. Назовите основные этиологические факторы развития инфаркта миокарда. 	<p>Ответы: 1</p> <p>1. Это ишемический (белый, коагуляционный) некроз сердечной мышцы, возникающий вследствие острой абсолютной коронарной недостаточности.</p> <p>2. Атеросклероз коронарных</p>

<p>3. Опишите макроскопическую картину инфаркта в стадии некроза (1-3 сутки).</p> <p>4. Как выглядит зона инфаркта под микроскопом в первые сутки (стадия некроза)?</p> <p>5. Какие возможные причины смерти в разные сроки после развития инфаркта?</p> <p>Задача 2. Казеозный некроз при туберкулёзе</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Какой вид некроза характерен для туберкулезного воспаления?</p> <p>2. Что такое туберкулёзная гранулёма (бугорок)? Назовите её клеточный состав.</p> <p>3. Опишите макроскопический вид казеозного некроза.</p> <p>4. Каковы возможные исходы туберкулёзного очага?</p> <p>5. Чем отличается «первичный» туберкулёзный комплекс от «вторичного» туберкулёза?</p>	<p>артерий (более 90% случаев) с тромбозом, реже — спазмом или кровоизлиянием в бляшку. 2) Эмболия коронарных артерий. 3) Редко — васкулиты, аномалии развития.</p> <p>3. Очаг неправильной формы, дряблой консистенции, тусклый, желто-белого цвета, окружен красной демаркационной зоной (геморрагический венчик). Чаще локализуется в стенке левого желудочка, межжелудочковой перегородке.</p> <p>4. Кардиомиоциты в состоянии коагуляционного некроза: потеря ядер (кариолизис), гомогенизация и повышенная эозинофилия цитоплазмы, контур клеток сохранен. По периферии — демаркационное воспаление (лейкоцитарный вал).</p> <p>5. Ранние (до 3 суток): фибрилляция желудочков, кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность. 2) Поздние (недели): разрыв сердца с тампонадой, тромбоэмболии, хроническая сердечная недостаточность.</p> <p>Ответы: 2</p> <p>1. Казеозный (творожистый) некроз — разновидность коагуляционного некроза.</p> <p>2. Это специфическая гранулёма. В центре — очаг казеозного некроза. По периферии: вал из эпителиоидных клеток, среди них — клетки Пирогова-Лангханса (гигантские многоядерные), по краю — лимфоциты и макрофаги (клетки гиперчувствительности).</p> <p>3. Сухие, крошащиеся, бело-желтые массы, напоминающие творог или известь. В легких — плотноватой консистенции.</p> <p>4. 1) Инкапсуляция и петрификация (обызвествление). 2) Организация и фиброзирование. 3) Неблагоприятные: прогрессирование с расплавлением (секвестрация) и образованием полости (каверны), лимфо- и гематогенная генерализация.</p> <p>5. Первичный: возникает при первой встрече с инфекцией, состоит из очага в легком (аффект), лимфангита и казеозного лимфаденита. Исход — петрификация (очаг Гоно).</p>
--	--

	<p>Задача 3. Гнойное воспаление. Абсцесс. Вопросы: 1. Какие клетки являются главными эффекторами при остром гнойном воспалении? 2. Дайте определение абсцесса. Чем он отличается от флегмоны? 3. Опишите макро- и микроскопическую структуру абсцесса. 4. Каковы возможные исходы абсцесса? 5. Что такое эмпиема? Приведите пример.</p> <p>Задача 4. Амилоидоз Вопросы: 1. Что такое амилоид в химическом и морфологическом смысле? 2. Назовите два основных патогенетических типа амилоидоза и их причины. 3. Опишите макроскопический вид органов при амилоидозе (большая сальная почка, восковидная печень). 4. Какой метод окраски является «золотым стандартом» для выявления амилоида? 5. Каковы основные причины смерти при распространенном амилоидозе?</p>	<p><i>Вторичный:</i> возникает при реактивации старого очага или реинфекции, локализуется чаще в I и II сегментах легких, лимфоузлы обычно не поражаются. Склонен к прогрессированию с кавернообразованием.</p> <p>Ответы 3: 1. Нейтрофильные лейкоциты (нейтрофилы). 2. Абсцесс — это очаговое гнойное воспаление с образованием полости, заполненной гноем (пиогенной мембраной). Флегмона — разлитое, диффузное, без четких границ гнойное воспаление в тканях (чаще в клетчатке). 3. Макро: полость с гноем, стенка плотная, серо-красного цвета. Микро: в центре — детрит, некротизированные ткани, масса нейтрофилов (гной). По периферии — зона грануляционной ткани с фибрином и воспалительным инфильтратом (пиогенная мембрана). 4. 1) Благоприятный: организация и рубцевание (инкапсуляция). 2) Неблагоприятный: прорыв в полость тела или наружу с образованием свища, хронизация, генерализация (сепсис). 5. Эмпиема — скопление гноя в естественной полости тела (а не вновь образованной, как при абсцессе). Пример: эмпиема плевры (гнойный плеврит), эмпиема желчного пузыря.</p> <p>Ответы 4: 1. Это сложный гликопротеид, в основе которого лежат фибриллярные белки (разные типы, напр., легкие цепи Ig при AL-типе). Обладает двойным лучепреломлением в поляризованном свете после окраски конго красным (зелено-яблочное свечение). 2. 1) AL-амилоидоз (первичный): продукция аномальных легких цепей иммуноглобулинов плазматическими клетками (при миеломной болезни, моноклональных гаммапатиях). 2) AA-амилоидоз (вторичный): продукция белка SAA печенью при хроническом воспалении</p>
--	---	---

	<p>Задача 5. Метастазирование злокачественных опухолей</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте определение метастаза. Назовите три основных пути метастазирования. 2. Опишите этапы гематогенного метастазирования (метастатический каскад). 3. Приведите примеры «органотропности» метастазов: для рака желудка, рака простаты, рака почки. 4. Как выглядят метастазы в печени макроскопически? 5. Почему исследование сторожевых (сигнальных) лимфоузлов так важно в онкологии? 	<p>(туберкулез, остеомиелит, РА), неоплазиях.</p> <p>3. Почки: увеличены, плотные, бледно-серые, с гладкой поверхностью, на разрезе корковое вещество широкое, матовое, сального вида. Печень: увеличена, очень плотная, бледно-коричневая, на разрезе сухая, восковидная.</p> <p>4. Окраска конго красным с последующим изучением в поляризованном свете (дает дихроизм и зеленое яблочное свечение).</p> <p>5. 1) Хроническая почечная недостаточность (наиболее частая). 2) Сердечная недостаточность (рестриктивная кардиомиопатия). 3) Присоединение интеркуррентных инфекций.</p> <p>Ответы 5:</p> <p>1. Метастаз — вторичный опухолевый узел, удаленный от первичной опухоли и возникший в результате переноса опухолевых клеток. Пути: 1) Лимфогенный. 2) Гематогенный. 3) Импантационный (по серозным оболочкам).</p> <p>2. 1) Инвазия в просвет сосуда (интравасация). 2) Циркуляция опухолевых эмболов. 3) Прилипание к эндотелию в другом органе. 4) Внедрение в ткань (экстравазация). 5) Пролиферация с формированием метастатического узла (колонизация).</p> <p>3. Рак желудка: лимфогенно — в малый сальник, лимфоузлы по ходу левой желудочной артерии; имплантационно — в яичники (Крукенберга), в дугласово пространство. * Рак простаты: гематогенно — в кости (остеобластические метастазы). * Рак почки (гипернефроидный): гематогенно — в легкие («пушечные» метастазы).</p> <p>4. Обычно множественные, различных размеров, бело-желтого или пестрого цвета, часто с западением в центре («пупкообразное втяжение» из-за центрального некроза). Располагаются под капсулой и в глубине паренхимы.</p> <p>5. Сторожевой лимфоузел —</p>
--	--	--

ЗАДАНИЯ ОТКРЫТОГО ТИПА С КРАТКИМ ОТВЕТОМ

Задача №1 (Пузырные дерматозы)

Условие:

В лабораторию доставлен биоптат кожи из очага поражения на видимо неизменной коже туловища пациента 45 лет.

Клинически: напряженные пузыри с серозным содержимым.

Микроскопически: в препарате фрагмент кожи с субэпидермальным пузырьком. В полости пузыря и окружающей дерме определяется инфильтрат, состоящий из эозинофилов и нейтрофилов. При постановке реакции иммунофлюоресценции выявлено линейное свечение IgG вдоль базальной мембраны.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальную диагностику на основании гистологической картины?
3. Какие дополнительные патоморфологические или иммуноморфологические методы исследования помогут в верификации диагноза?

Задача №2 (Инфекции, передаваемые половым путем) Условие:

На аутопсии плода (поздний выкидыш) обращают на себя внимание изменения кожи: пузыри на ладонях и подошвах, участки инфильтрации и шелушения вокруг рта и ануса. При гистологическом исследовании кожи и плаценты обнаружены: пролиферативный васкулит с инфильтрацией лимфоцитами и плазматическими клетками, очаги некроза, фиброз ворсин хориона.

Вопросы:

1. Какое заболевание наиболее вероятно стало причиной гибели плода?
2. Опишите патоморфогенез изменений в коже при данной патологии.
3. Каким методом окраски можно подтвердить этиологию заболевания в гистологических срезах?

первый на пути лимфооттока от опухоли. Его гистологическое исследование позволяет с высокой точностью судить о наличии или отсутствии лимфогенного метастазирования, что определяет стадию заболевания и объем операции (нужна ли лимфодиссекция).

Ответ к задаче №1

1 Буллезный пемфигоид (вариант дерматита Дюринга исключается по данным прямой иммунофлюоресценции).

2 С вульгарной пузырчаткой.

Основное гистологическое отличие — уровень образования пузыря: при пемфигоде пузырь субэпидермальный (с возможным последующим регенерацией эпидермиса на дне), при пузырчатке — акантолитический внутриэпидермальный.

3 Прямая иммунофлюоресценция (ПИФ) — золотой стандарт. Для пемфигоида характерно линейное отложение IgG и/или C3 вдоль базальной мембраны. Также может быть полезна непрямая РИФ для выявления циркулирующих антител к антигенам BP180 и BP230.

Ответ к задаче №2

1 Врожденный сифилис (поздний выкидыш или мертворождение при висцеральной форме).

2 Патоморфогенез:

непосредственное воздействие *Treponema pallidum* на ткани. В коже развивается продуктивно-некротический васкулит с периваскулярной инфильтрацией плазматическими клетками. В результате ишемии и токсического действия возникают пузыри и участки некроза, а в более позднем периоде — диффузная инфильтрация (кожа «ветчинного» цвета).

3 Серебрение по Левадити (или модификация Штейнера). В

Задача №3 (Опухолевые поражения кожи) Условие:

При исследовании операционного материала (иссечение опухоли кожи спины) макроскопически определяется узел диаметром 1,5 см, с изъязвлением в центре, на разрезе ткань серо-розовая с очагами некроза.

Микроскопия: В дерме разрастание атипичных лимфоидных клеток с церебриформными ядрами. Отмечается эпидермотропизм с формированием микроабсцессов Потрие (скопления атипичных лимфоцитов в эпидермисе).

Вопросы:

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Какие дополнительные иммуногистохимические маркеры необходимы для подтверждения диагноза и определения прогноза?
3. Назовите основные гистологические критерии, позволяющие отличить данное заболевание от доброкачественных Т-клеточных лимфопролиферативных процессов кожи.

Задача №4

Условие: Биопсия кожи из очага поражения на разгибательной поверхности предплечья. Микроскопически: эпидермис с выраженным акантозом, удлинением эпидермальных выростов, истончением надсосочковых отделов. В роговом слое — массивные скопления паракератотических чешуек, чередующиеся с участками гиперкератоза. В сосочках дермы извитые капилляры, определяются скопления нейтрофилов, мигрирующих в эпидермис с формированием микроабсцессов Мунро.

Вопросы:

1. Для какого заболевания патогномонична данная гистологическая картина?
2. Что такое «акантоз» и каков его механизм?
3. Назовите гистологический признак, отличающий активную стадию болезни от регрессирующей.

Задача №5

Условие: Материал – щипковая биопсия папулы фиолетового цвета с восковидным блеском на сгибательной поверхности запястья. Гистология: выраженный гиперкератоз с утолщением зернистого слоя (гранулез), акантоз. Базальный слой подвергается вакуольной дистрофии с образованием телец Сиватта (апоптотических кератиноцитов). В верхней части дермы — плотный полосовидный лимфогистиоцитарный инфильтрат, «подмывающий» базальную мембрану.

Вопросы:

очагах воспаления и в стенках сосудов спирохеты окрашиваются в черный/темно-коричневый цвет.

Ответ к задаче №3

1. Грибовидный микоз, бляшечная стадия (опухолевая стадия исключается по макроописанию, но наличие изъязвления указывает на прогрессию). Код МКБ-О: М9700/3.

2. Иммунофенотип: CD3+, CD4+, CD45RO+, экспрессия маркеров Т-хелперов. Потеря пан-Т-клеточных маркеров (CD7). Для прогноза важно определение крупноклеточной трансформации (экспрессия CD30) и пролиферативной активности (Ki-67).

3. Основные критерии злокачественности: 1) Наличие церебриформных лимфоцитов; 2) Формирование микроабсцессов Потрие; 3) Выраженный эпидермотропизм; 4) Доказанная моноклональность Т-клеточной популяции (по перестройке гена TCR); 5) Отсутствие выраженных признаков спонгиоза в эпидермисе, характерных для доброкачественных дерматитов.

Ответ к задаче №4

1. Псориаз (вульгарный, бляшечный) .

2. Акантоз — утолщение шиповатого слоя эпидермиса за счет увеличения числа рядов клеток (гиперплазия) . Механизм: ускоренная пролиферация кератиноцитов.

3. В активной стадии — наличие микроабсцессов Мунро и паракератоз; в стадии регресса — исчезновение нейтрофилов, восстановление зернистого слоя.

Ответ к задаче №5

1. Красный плоский лишай (КПЛ) .

2. В инфильтрате преобладают Т-лимфоциты (CD3+), преимущественно CD8+ (цитотоксические), прилегающие к базальной мембране.

3. Феномен Кебнера (изоморфная провоцирующая реакция) —

1. Ваш диагноз?
2. Какие иммуногистохимические маркеры преобладают в клетках инфильтрата?
3. Что такое феномен Кебнера и какое он имеет значение для патоморфоза?

Задание закрытого типа /30 задач/

Задача №1

Условие: Ребенок 5 лет. Клинически: пустулы на фоне эритемы, склонные к группировке («герпетическое» расположение). Гистология: в эпидермисе — спонгиоз с образованием везикул, инфильтрация нейтрофилами и эозинофилами. Субкорнеальные пустулы заполнены нейтрофилами. В дерме — периваскулярная лимфогистиоцитарная инфильтрация с примесью эозинофилов. Прямая иммунофлюоресценция (ПИФ) выявила гранулярные отложения IgA в сосочках дермы.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Каков основной дифференциально-диагностический гистологический признак, отличающий это заболевание от пузырьчатки и пемфигоида?
3. Какой метод окраски (кроме ПИФ) поможет исключить инфекционную природу пустул?

Задача №2

Условие: Больной 40 лет с поражением ладоней, подошв и слизистой рта. Гистология кожи ладони: внутриэпидермальный пузырь, расположенный супрабазально. Дно пузыря выстлано базальными клетками («надгробные ряды»). В полости пузыря — свободно лежащие акантолитические клетки (клетки Тцанка) с крупными гиперхромными ядрами. Акантолиз распространяется на придатки кожи.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Опишите механизм акантолиза.
3. Какие антитела и к каким структурам выявляются при ПИФ?

Задача №3 (Глубокие микозы)

Условие: Операционный материал — иссеченный инфильтративно-язвенный очаг на голени. Микроскопия: в дерме и гиподерме гранулематозное воспаление с очагами некроза. В центре некротических зон определяются базофильные друзы, окруженные лучистым венчиком (эозинофильные колбочки). Периферическая зона состоит из эпителиоидных клеток, гигантских клеток Пирогова-Лангханса и плазмочитов.

Вопросы:

1. Для какого заболевания характерны данные друзы?
2. Какие окраски применяют для идентификации возбудителя?
3. Назовите основной патоморфологический признак, отличающий актиномицетому от других глубоких микозов.

Задача №4 (Туберкулез кожи)

Условие: Биопсия края язвы на коже шеи. Гистологическая картина: в дерме определяются типичные туберкулезные бугорки (гранулемы), состоящие из эпителиоидных клеток, гигантских клеток Пирогова-Лангханса с казеозным некрозом в центре. В окружающей ткани — плазматические клетки. Эпидермис атрофичен или изъязвлен.

Вопросы:

появление новых высыпаний на месте травмы. В патоморфозе это означает, что гистологическая картина КПЛ может развиваться вторично на рубцово-измененной коже.

Ответ к задаче №1

1. Герпетический дерматит Дюринга.
2. Отложение IgA в сосочках дермы (гранулярное). При пузырьчатке — межклеточное свечение в эпидермисе, при пемфигоиде — линейное вдоль базальной мембраны.
3. Окраска по Грамму или Романовскому-Гимзе для исключения бактериальной флоры (стафилококкового импетиго).

Ответ к задаче №2

1. Вульгарная пузырьчатка (пемфикус вульгарис).
2. Акантолиз — потеря связи между клетками шиповатого слоя из-за разрушения десмосом (десмоглеин-3) под действием аутоантител класса IgG.
3. ПИФ: отложение IgG и C3 в межклеточном веществе эпидермиса (сетчатое или «пчелиные соты»).

Ответ к задаче №3

1. Актиномикоз (актиномицетоз).
2. Окраска по Граму-Вейгерту (актиномицеты грамположительны), по Гомори-Грокотту (серебрение) или PAS-реакция.
3. Наличие плотных друз (колоний) с лучистым венчиком и гнойно-гранулематозное воспаление.

Ответ к задаче №4

1. Колликувативный туберкулез (скрофулодерма) или милиарно-язвенный. Казеоз характерен для туберкулеза.
2. Окраска по Цилю-Нильсену (кислотоустойчивые бактерии).
3. При сифилисе бугорок имеет

1. Какая форма туберкулеза кожи (колликвативный, бородавчатый, милиарный) наиболее вероятна при наличии казеоза?
2. Какие окраски используются для выявления микобактерий?
3. Чем гистологически отличается бугорок при сифилисе от туберкулезного бугорка?

Задача №5 (Вирусные дерматозы)

Условие: Соскоб с поверхности папилломатозного разрастания на половом члене. При микроскопии в поверхностных слоях эпителия обнаружены койлоциты — крупные клетки с гиперхромными ядрами и перинуклеарной вакуолизацией (оптической пустотой).

Вопросы:

1. О наличии какого возбудителя свидетельствуют эти клетки?
2. Какие гистологические признаки (дискератоз, акантоз) сопутствуют данной инфекции?
3. Какое окрашивание (иммуногистохимическое или гистохимическое) подтвердит наличие вируса в тканях?

Задача №6 (Лейшманиоз)

Условие: Мазок-отпечаток с язвы, полученной от пациента после возвращения из тропиков. Окраска по Романовскому-Гимзе. В цитоплазме макрофагов обнаружены овоидные тельца размером 2–5 мкм с двумя ядрами (одно крупное, другое палочковидное — кинетопласт).

Вопросы:

1. Какая стадия развития паразита (амастигота) обнаружена?
2. Какой тип воспаления (гранулематозное, гнойное, некротическое) преобладает в гистологических срезах из краев язвы?
3. Через какой срок после заживления можно обнаружить возбудителя в рубцовой ткани?

Задача № 7: Опухоли кожи

(Базальноклеточный рак)

Условие: Иссеченная опухоль кожи носа диаметром 1 см, безболезненная, с перламутровым блеском. Микроскопия: гнезда и тяжи базалоидных клеток с гиперхромными ядрами, погруженные в дерму. Клетки на периферии комплексов расположены палисадообразно. В строме — фиброплазия и муцинозное изменение. Имеются участки, напоминающие структуры волосяных фолликулов.

Вопросы:

1. Гистологический вариант базалиомы?
2. Какие иммуногистохимические маркеры подтверждают базально-клеточную дифференцировку?
3. Какой гистологический признак указывает на агрессивный (инфильтративный) тип роста?

Задача №8 (Плоскоклеточный рак)

Условие: Операционный материал — опухоль нижней губы с ороговением. Микроскопия: тяжи и комплексы атипичного плоского эпителия, инвазирующие подлежащую ткань. Хорошо выражены «раковые жемчужины» — очаги концентрического ороговения в центре комплексов. Много митозов, клеточный полиморфизм.

Вопросы:

1. Степень дифференцировки (высокая, умеренная, низкая)?
2. Какие гистологические признаки указывают на лимфоваскулярную инвазию?
3. Какие маркеры используются для подтверждения плоскоклеточной дифференцировки при ИГХ?

плазматическое окружение, казеозный некроз встречается редко, больше фибрин, и всегда выражен эндо- и периваскулит.

Ответ к задаче №5

1. О наличии вируса папилломы человека (ВПЧ).
2. Сопутствуют: акантоз, папилломатоз, гиперкератоз, дискератоз.
3. Иммуногистохимическое окрашивание с антителами к p16 (суррогатный маркер ВПЧ-инфекции) или прямое выявление ДНК ВПЧ *in situ* гибридизацией.

Ответ к задаче №6

1. Обнаружена лейшмания в стадии амастиготы (*Leishman-Donovan* тельца).
2. В краях язвы — гранулематозное воспаление (макрофаги, эпителиоидные клетки) с примесью плазматических клеток и лимфоцитов. В центре — некроз.
3. При заживлении возбудитель исчезает; в старом рубце его обычно не находят.

Ответ к задаче №7

1. Фолликулярный (или аденоидный) вариант базальноклеточного рака.
2. ИГХ-маркеры: цитокератины высокого молекулярного веса (CK5/6, CK14), p63, BER-EP4 (положительный), EpCAM.
3. Инфильтративный (склеродермоподобный) тип роста — мелкие тяжи и гнезда клеток, погруженные в фиброзную строму, без четкой палисадности, часто с перинеуральным ростом.

Ответ к задаче №8

1. Высокодифференцированный плоскоклеточный рак.
2. Наличие опухолевых эмболов в просвете лимфатических или кровеносных сосудов, определяемых при окраске на эндотелий (CD31, CD34, D2-40).
3. Цитокератины (CK5/6, 34βE12), маркер плоскоклеточной дифференцировки — p63, инволюкрин, эмеран.

Задача №9 (Меланома)

Условие: Пигментное образование кожи спины, асимметричное, с неровными краями. Микроскопия: в эпидермисе и дерме пролиферация атипичных меланоцитов с признаками пагетоидного распространения. В дерме инвазивный компонент: клетки веретенообразные, формирующие пучки, с большим количеством меланина. Митозы единичные, изъязвление отсутствует. Уровень инвазии по Кларку — III, толщина по Бреслоу — 1,2 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз с учетом гистологического типа (веретенноклеточная меланома).
2. Какие ИГХ-маркеры обязательны для подтверждения диагноза (S-100, Melan A, HMB-45, Ki-67)?
3. Какое значение для прогноза имеет наличие микросателлитов и лимфоцитарной инфильтрации?

Задача №10 (Лимфомы кожи)

Условие: Биопсия узлового образования на коже головы. Микроскопия: дерма диффузно инфильтрирована крупными атипичными лимфоидными клетками с анаплазированной морфологией, с обилием митозов. Эпидермотропизм отсутствует. Иммунофенотип: CD30+, CD3-, CD20-, ALK-.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какой лимфопролиферативной опухолью необходимо дифференцировать?
3. Какие генетические перестройки характерны для ALK-негативного варианта?

Задача №11 (Узелковый полиартериит)

Условие: Аутопсия: в стенке тонкой кишки и в коже (livedo reticularis) выявлены изменения мелких и средних артерий мышечного типа. Микроскопия: фибриноидный некроз сосудистой стенки, трансмуральная инфильтрация нейтрофилами, лейкоцитоклазия (распад ядер лейкоцитов), тромбоз просвета. В стадии заживления — пролиферация фибробластов и сужение просвета.

Вопросы:

1. Опишите стадии морфогенеза узелкового полиартериита.
2. Какие иммунореакции (отложение иммунных комплексов) выявляются в острой стадии?
3. Чем гистологически отличается гранулематоз Вегенера (гранулематоз с полиангиитом) от узелкового полиартериита?

Задача №12 (Красная волчанка)

Условие: Биопсия кожи с очага дискоидной красной волчанки (скуловая область). Микроскопия: гиперкератоз с фолликулярными пробками, атрофия шиповатого слоя, вакуолярная дистрофия базального слоя. В дерме — отек и периваскулярная лимфогистиоцитарная инфильтрация, набухание коллагеновых волокон. ПИФ: гранулярное свечение IgG и C3 вдоль базальной мембраны (положительная волчаночная полоска).

Вопросы:

1. Какие гистологические изменения патогномоничны для кожной формы?
2. Отличается ли гистологическая картина при системной

Ответ к задаче №9

1. Меланома кожи веретенноклеточная, II уровень инвазии по Кларку, pT1b (если нет изъязвления, но митозы есть) или pT2a.
2. Обязательны: S-100 (чувствительный, но не специфичный), Melan A (A103), HMB-45 (специфичный для меланосом), Ki-67 (пролиферативная активность).
3. Микросателлиты — признак агрессивности и высокого риска рецидива. Лимфоцитарная инфильтрация (TILs) — благоприятный прогностический признак (регресс опухоли).

Ответ к задаче №10

1. Анапластическая крупноклеточная лимфома кожи (первичная кожная ALK-негативная).
2. Дифференцировать с лимфоматоидным папулезом (тип C) и метастазами карциномы (из-за анаплазии).
3. Характерны транслокации, вовлекающие ген DUSP22 или TP63 на хромосоме 6p25.3 (при ALK-негативном варианте).

Ответ к задаче №11

1. Стадии: 1) альтеративная (мукоидное набухание, фибриноидный некроз), 2) воспалительная (инфильтрация), 3) склеротическая (фиброз стенки).
2. В острой стадии — отложение IgM, C3 и фибриногена в стенке сосуда.
3. При гранулематозе Вегенера (гранулематоз с полиангиитом) — наличие некротизирующих гранул вне сосудов и гигантских клеток, чего нет при узелковом полиартериите.

Ответ к задаче №12

1. Патогномонично сочетание: гиперкератоз с фолликулярным кератозом, атрофия эпидермиса, вакуолярная дистрофия базального слоя и утолщение базальной мембраны.
2. При острой СКВ гистология может быть менее специфична: отек дермы, васкулопатия, а вакуолярная дистрофия минимальна.
3. Положительная волчаночная

форме (острая волчанка)?

3. Какие еще заболевания дают положительную «волчаночную полоску»?

Задача №13 (Ксантоматоз)

Условие: Биопсия желтоватого узелка на коже локтя (ксантелазма). *Микроскопия:* в дерме скопления крупных пенистых клеток (ксантомных клеток) с мелкими ядрами и пенистой цитоплазмой, содержащей липиды. Вокруг клеток — фибробласты и гигантские клетки инородных тел (клетки Тутона).

Вопросы:

1. Какая окраска подтвердит липидную природу включений?
2. О чем свидетельствуют клетки Тутона?
3. Является ли данное изменение местным процессом или маркером системной гиперлипидемии?

Задача №14 (Болезнь Дарье)

Условие: Больной с папулезной сыпью в себорейных зонах. *Гистология:* над базальным слоем — акантолиз с формированием супрабазальных лакун. В эпидермисе — дискератотические клетки: «круглые тельца» (в шиповатом слое) и «зерна» (в роговом слое). В дерме — лимфогистиоцитарный инфильтрат.

Вопросы:

1. Как называется данный тип дискератоза (доброкачественный акантолитический дискератоз)?
2. Назовите ген, ответственный за развитие заболевания (ATP2A2).
3. Дифференциально-диагностический признак с пузырьчаткой Гужеро-Хейли-Хейли?

Задача №15 (Болезнь Реклингхаузена)

Условие: Аутопсия. В коже множественные мягкие узлы различных размеров, пигментные пятна цвета «кофе с молоком». *Гистология нейрофибромы:* пролиферация шванновских клеток, фибробластов и клеток эндоневрия с хаотичным расположением, формирующих извитые тяжи на миксоидной строме. Много тучных клеток.

Вопросы:

1. Какие злокачественные опухоли (саркомы) могут развиваться у таких пациентов?
2. Иммунофенотип клеток нейрофибромы (S-100, CD34)?
3. Что такое «веретеновидноклеточная саркома с плеоморфизмом» применительно к данному заболеванию?

Задача №16

Условие: Биопсия кожи из очага поражения на разгибательной поверхности голени. *Микроскопически:* в эпидермисе — акантоз с удлинением эпидермальных выростов, очаговый паракератоз. В

полоска бывает также при розацеа и некоторых фотодерматозах (ложноположительный результат), но в меньшем проценте случаев.

Ответ к задаче №13

1. Окраска Суданом III или IV (на нейтральные жиры) или масляным красным O на замороженных срезах.
2. Клетки Тутона — реакция на инородное тело (липиды) и признак гранулематозного воспаления.
3. Часто является местным процессом (инфильтративный ксантоматоз), но обязательно требует исключения семейной гиперхолестеринемии и других липидозов.

Ответ к задаче №14

1. Фолликулярный дискератоз Дарье.
2. Ген ATP2A2, кодирующий Ca²⁺-АТФазу саркоплазматического ретикулума.
3. При пузырьчатке Гужеро-Хейли-Хейли (доброкачественной семейной) акантолиз более распространенный («рассыпающаяся кирпичная стена»), а дискератотических клеток («круглых телец») практически нет.

Ответ к задаче №15

1. Развиваются злокачественные опухоли оболочек периферических нервов (MPNST — malignant peripheral nerve sheath tumor).
2. S-100 (слабо положительный или очаговый), CD34 (положительный в фибробластах стромы), коллаген IV типа (вокруг отдельных клеток).
3. Это гистологический тип MPNST, характеризующийся чередованием клеток с гиперхромными веретенообразными ядрами и очагов гемангиоперицитоматозного роста; встречается при нейрофиброматозе I типа.

Ответ к задаче №16

1. Псориаз вульгарный.
2. Активность процесса подтверждается наличием

сосочках дермы — расширенные капилляры, периваскулярный лимфогистиоцитарный инфильтрат с примесью нейтрофилов. В розовом слое — скопления нейтрофилов (микроабсцессы Мунро). Зернистый слой истончен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие гистологические признаки указывают на активность процесса?
3. Чем гистологическая картина псориаза отличается от псориазиформного дерматита при экземе?

Задача №17

Условие: Биопсия кожи из очага поражения на сгибательной поверхности предплечья. Микроскопически: в эпидермисе — спонгиоз с образованием микровезикул, заполненных лимфоцитами и единичными эозинофилами. Акантоз умеренный, паракератоз очаговый. В дерме — выраженный отек сосочкового слоя, периваскулярный лимфогистиоцитарный инфильтрат с примесью эозинофилов.

Вопросы:

1. Для какого заболевания наиболее характерна данная картина?
2. Какие гистологические признаки отличают острую стадию от хронической?
3. Какое значение имеет наличие эозинофилов в инфильтрате?

Задача №18

Условие: Биопсия кожи из очага поражения на коже голени. Микроскопически: в эпидермисе — акантоз, гиперкератоз, очаговый паракератоз. В дерме — периваскулярный лимфогистиоцитарный инфильтрат, умеренный фиброз коллагеновых волокон. Отмечается утолщение стенок сосудов микроциркуляторного русла.

Вопросы:

1. Какие гистологические признаки указывают на хронизацию воспалительного процесса?
2. Какие дополнительные окраски могут быть использованы для оценки фиброза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную картину?

Задача №19

Условие: Биопсия кожи из очага поражения на коже туловища. Микроскопически: в эпидермисе — гиперкератоз, акантоз, вакуольная дистрофия базального слоя. В дерме — плотный полосовидный лимфогистиоцитарный инфильтрат, «подмывающий» базальную мембрану. Обнаруживаются тельца Сиватта — апоптотические кератиноциты в базальном и шиповатом слоях.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие иммуногистохимические маркеры подтверждают апоптоз кератиноцитов?
3. Каков патогенез образования телец Сиватта?

Задача №20

Условие: Биопсия кожи из очага поражения на коже разгибательной поверхности локтей. Микроскопически: в эпидермисе — гиперкератоз с участками паракератоза, акантоз, гранулез. В дерме — периваскулярный лимфогистиоцитарный инфильтрат. При окраске толуидиновым синим выявляется увеличение количества тучных клеток в дерме.

Вопросы:

1. Для каких заболеваний характерно увеличение количества тучных клеток в дерме?
2. Какие медиаторы выделяют тучные клетки и какова их роль в

микроабсцессов Мунро, паракератоза, истончением надсосочковых отделов эпидермиса .
3. При псориазе — четкие границы очага, отсутствие спонгиоза, микроабсцессы Мунро. При псориазиформном дерматите — спонгиоз, менее выраженный акантоз, отсутствие микроабсцессов.

Ответ к задаче №17

1. Острая экзема (истинная, микробная).
2. В острой стадии — выраженный спонгиоз с образованием везикул, отек дермы. В хронической стадии — акантоз, гиперкератоз, фиброз дермы .
3. Эозинофилы указывают на аллергический компонент воспаления.

Ответ к задаче №18

1. Признаки хронизации: акантоз, гиперкератоз, фиброз дермы, утолщение стенок сосудов .
2. Окраска по Ван Гизону (никрофуксин), по Массону (трехцветная) для оценки фиброза.
3. Дифференциальный диагноз: хроническая экзема, нейродермит, красный плоский лишай.

Ответ к задаче №19

1. Красный плоский лишай.
2. Маркеры апоптоза: Caspase-3, p53, маркеры фрагментации ДНК (TUNEL) .
3. Тельца Сиватта — апоптотические кератиноциты, образующиеся в результате воздействия цитотоксических T-лимфоцитов.

Ответ к задаче №20

1. Увеличение тучных клеток: крапивница, мастоцитоз, зудящие дерматозы.
2. Медиаторы: гистамин, триптаза, химаза, гепарин, цитокины. Роль: вазодилатация, зуд, ремоделирование тканей.
3. Методы: окраска толуидиновым синим, иммуногистохимия на триптазу,

патогенезе кожных заболеваний?

3. Какие дополнительные методы исследования позволяют оценить функциональную активность тучных клеток?

Задача №21

Условие: При микроскопии соскоба с кожи из межпальцевых промежутков стоп обнаружен клещ размером около 0,3-0,4 мм, с округлым телом, 4 парами ног, присосками на 1 и 2 паре ног у самца и на 1, 2 и 4 паре у самки.

Вопросы:

1. Какое заболевание вызвано данным возбудителем?
2. Опишите жизненный цикл клеща и его локализацию в коже.
3. Какие гистологические изменения обнаруживаются в коже при чесотке?

Задача №22

Условие: Микроскопия мазка отделяемого уретры, окрашенного по Граму. Обнаружены грамотрицательные диплококки бобовидной формы, расположенные внутри- и внеклеточно. Лейкоцитоз — более 15 в поле зрения.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие культуральные и молекулярно-биологические методы используются для подтверждения диагноза?
3. Какие гистологические изменения развиваются в слизистой оболочке уретры при хроническом течении процесса?

Задача №23

Условие: Микроскопия мазка отделяемого влагалища, окрашенного по Граму. Обнаружены крупные (10-30 мкм) округлые микроорганизмы с жгутиками, грушевидной формы, с заостренным задним концом. Отмечается увеличение количества лейкоцитов, наличие ключевых клеток.

Вопросы:

1. Какое заболевание вызвано данным возбудителем?
2. Какие дополнительные методы диагностики (культуральные, молекулярно-биологические) используются для подтверждения?
3. Какие гистологические изменения могут обнаруживаться в слизистой оболочке влагалища и шейки матки?

Задача №24

Условие: Микроскопия мазка отделяемого уретры, окрашенного по Романовскому-Гимзе. Обнаружены мелкие (0,2-0,5 мкм) грамотрицательные микроорганизмы, расположенные внутриклеточно в цитоплазме эпителиальных клеток (тельца Провачека-Хальберштедтера). Лейкоцитоз — более 10 в поле зрения.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие стадии жизненного цикла хламидий (элементарные и ретикулярные тельца) имеют значение для патоморфологической диагностики?
3. Какие гистологические изменения развиваются в слизистой оболочке уретры и цервикального канала при хронической хламидийной инфекции?

Задача №25

Условие: При микроскопии соскоба с кожи волосистой части головы, обработанного 20% раствором КОН, обнаружены споры

электронная микроскопия .

Ответ к задаче №21

1. Чесотка, возбудитель — *Sarcoptes scabiei* .
2. Жизненный цикл: самка откладывает яйца в роговом слое, личинки развиваются, превращаются в нимфу и взрослых особей. Локализация: чесоточные ходы в роговом слое.
3. Гистология: спонгиоз, везикулы, периваскулярный лимфогистиоцитарный инфильтрат с эозинофилами, наличие клеща в роговом слое.

Ответ к задаче №22

1. Гонорея, возбудитель — *Neisseria gonorrhoeae* .
2. Культуральный метод (среда Thayer-Martin), ПЦР-диагностика.
3. Гистология: хроническое воспаление, лимфоплазмочитарная инфильтрация, фиброз, метаплазия эпителия.

Ответ к задаче №23

1. Трихомониаз, возбудитель — *Trichomonas vaginalis* .
2. Культуральный метод, ПЦР-диагностика, микроскопия нативного мазка.
3. Гистология: острое и хроническое воспаление, эрозии, язвы, дисплазия эпителия, вагинит, цервицит.

Ответ к задаче №24

1. Урогенитальный хламидиоз, возбудитель — *Chlamydia trachomatis* .
2. Элементарные тельца (инфекционная форма, мелкие, внеклеточные) и ретикулярные тельца (вегетативная форма, крупные, внутриклеточные).
3. Гистология: хроническое воспаление, лимфоплазмочитарная инфильтрация, фиброз, метаплазия эпителия, возможны фолликулы.

Ответ к задаче №25

1. Эндотрикс — антропофильные

<p><i>гриба размером 2-4 мкм, расположенные цепочками внутри волоса (эндотрикс) и снаружи волоса (эктотрикс). Определяются нити мицелия.</i></p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Какие дерматофитии (микроспория, трихофития, фавус) могут иметь такую картину?</i> <i>2. Какие гистологические изменения развиваются в коже при микроспории?</i> <i>3. Какие культуральные методы используются для идентификации возбудителя до вида?</i> <p><i>Задача №26</i></p> <p><i>Условие: При микроскопии соскоба с ногтевой пластинки, обработанного 20% раствором КОН, обнаружены нити септированного мицелия и споры гриба. Ногтевая пластинка утолщена, крошится, желтоватого цвета.</i></p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Какое заболевание наиболее вероятно?</i> <i>2. Какие типы поражения ногтей (нормотрофический, гипертрофический, атрофический, онихолизис) различают в зависимости от гистологических изменений?</i> <i>3. Какие дополнительные методы (посев, ПЦР) используются для идентификации возбудителя?</i> <p><i>Задача №27</i></p> <p><i>Условие: Биопсия кожи из очага поражения на коже лица. Микроскопически: в эпидермисе — очаговая пролиферация атипичных кератиноцитов, занимающая всю толщину эпидермиса, с множественными митозами, клеточным полиморфизмом, дискератозом. Базальная мембрана сохранена, инвазия в дерму отсутствует.</i></p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Ваш диагноз (carcinoma in situ, болезнь Боуэна)?</i> <i>2. Какие гистологические варианты болезни Боуэна (папилломатозный, атрофический, пигментный, боуэноидный папулез) существуют?</i> <i>3. Каков риск прогрессии в инвазивный плоскоклеточный рак и какие факторы на это влияют?</i> <p><i>Задача №28</i></p> <p><i>Условие: Биопсия кожи из узловатого образования на коже лица. Микроскопически: пролиферация крупных атипичных кератиноцитов с обильной эозинофильной цитоплазмой, формирующих солидные комплексы и тяжи, инвазирующие дерму. Отмечаются очаги дискератоза и ороговения отдельных клеток. Много митозов, в том числе патологических.</i></p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Какая степень дифференцировки плоскоклеточного рака (высокая, умеренная, низкая) соответствует данной картине?</i> <i>2. Какие гистологические признаки (веррукозный, веретеночелюточный, акантолитический варианты) влияют на прогноз?</i> <i>3. Какие иммуногистохимические маркеры используются для подтверждения плоскоклеточной дифференцировки?</i> <p><i>Задача №29</i></p> <p><i>Условие: Биопсия кожи из пигментного образования на коже спины. Микроскопически: в эпидермисе — пролиферация атипичных меланоцитов, расположенных одиночно и в виде гнезд на всех уровнях эпидермиса (пагетоидное распространение). В дерме — инвазивный компонент, состоящий из крупных эпителиоидных клеток с обильной цитоплазмой, содержащей меланин. Митозы — 2-3 в поле зрения.</i></p>	<p>трихофитоны, фавус; эктотрикс — зоофильные микроспорумы.</p> <p>2. Гистология: гиперкератоз, паракератоз, спонгиоз, периваскулярный инфильтрат, в роговом слое — споры и нити мицелия.</p> <p>3. Посев на среду Сабуро, микроскопия культуры.</p> <p><u>Ответ к задаче №26</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Онихомикоз . 2. Нормотрофический, гипертрофический, атрофический, онихолизис — по клинико-морфологическим признакам. 3. Посев на среду Сабуро, ПЦР-диагностика для идентификации возбудителя. <p><u>Ответ к задаче №27</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Болезнь Боуэна (плоскоклеточный рак in situ). 2. Папилломатозный, атрофический, пигментный, боуэноидный папулез (на половых органах). 3. Риск прогрессии — 3-5% (до 10% при некоторых локализациях). Факторы: размер, локализация, иммуносупрессия. <p><u>Ответ к задаче №28</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Умеренно- или высокодифференцированный плоскоклеточный рак (наличие дискератоза и ороговения). 2. Веррукозный (благоприятный), веретеночелюточный (агрессивный), акантолитический (псевдожелезистый, агрессивный). 3. ИГХ: цитокератины (СК5/6, СК14), p63, инволюкрин . <p><u>Ответ к задаче №29</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Эпителиоидноклеточная меланома. 2. Уровни Кларка (I-V), толщина по Бреслоу (мм). Прогноз: <0,8 мм — благоприятный, >4 мм — неблагоприятный. 3. ИГХ: S-100 (чувствительный),
---	---

	<p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Ваш диагноз с указанием гистологического типа (эпителиоидноклеточная меланома)?</i> <i>2. Какие уровни инвазии по Кларку и толщина по Бреслоу имеют прогностическое значение?</i> <i>3. Какие иммуногистохимические маркеры (S-100, Melan A, HMB-45, Ki-67) обязательны для подтверждения диагноза и оценки прогноза?</i> <p>Задача №30</p> <p><i>Условие: Биопсия кожи из узлового образования на коже голени. Микроскопически: пролиферация атипичных лимфоидных клеток с церебриформными ядрами, формирующих диффузный инфильтрат в дерме и гиподерме. Эпидермотропизм отсутствует. Иммунофенотип: CD3+, CD4+, CD8-, CD30-, CD56-.</i></p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Ваш предположительный диагноз (грибовидный микоз, опухолевая стадия)?</i> <i>2. С какими T-клеточными лимфомами кожи (синдром Сезари, первичная кожная CD30+ лимфопрлиферация) необходимо дифференцировать?</i> <i>3. Какие генетические исследования (TCR-реарранжировка) необходимы для подтверждения моноклональности?</i> 	<p>Melan A (A103), HMB-45 (специфичный), Ki-67 (пролиферативная активность) .</p> <p>Ответ к задаче №30</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Грибовидный микоз, опухолевая стадия. 2. Дифференциальный диагноз: синдром Сезари (лейкемическая форма), первичная кожная CD30+ лимфопрлиферация. 3. TCR-реарранжировка для подтверждения моноклональности T-клеток.
ПК-12	<p>1. Профилактика злокачественных опухолей кожи включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> а)Лечение предрака б)Исключение повторного лечения лучами Рентгена в)Ограничение применения мышьяка г)Диспансерное наблюдение за работающими с углеводородами (продуктами перегонки нефти, угля, сланцев) д)Все перечисленное <p>2. При герпетиформном дерматите Дюринга встречаются перечисленные морфологические элементы:</p> <ol style="list-style-type: none"> а)пузырька б)пузыря в)папулы г)эритемы д)бугорка <p>3. Причины развития аллергических васкулитов:</p> <ol style="list-style-type: none"> а)фокальной инфекции б)лекарственных препаратов в)заболеваний печени г)нарушений обмена веществ д)хронических интоксикаций <p>4. Аллергические васкулиты кожи не проявляются:</p> <ol style="list-style-type: none"> а)волдырями б)воспалительными пятнами в)телеангиэктазиями г)бугорками д)петехиями <p>5. В развитии узловой эритемы у детей могут играть роль перечисленные факторы:</p> <ol style="list-style-type: none"> а)иммунокомплексного патогенеза с отложением Ig M и фракции комплемента C3 в стенках сосудов б)гиперергических реакций на микобактерии туберкулеза в)токсикоаллергических реакций, связанных с фокальной инфекцией пиококковой флорой, йерсинией, патогенной кишечной палочкой г)микседемы д)повышенной чувствительности к вакцинам, сывороткам, антибиотикам <p>6. Какой из патогенетических факторов не способствует развитию красной волчанки?</p> <ol style="list-style-type: none"> а)фокальная инфекция 	<p>д</p> <p>а, б, в, г</p> <p>а, б, г, д</p> <p>г</p> <p>а, б, в, д</p> <p>б</p>

	<p>б)повышенное артериальное давление в)инсоляция г)простудные заболевания д)лекарственная непереносимость</p> <p>7. Для дискоидной красной волчанки характерны все симптомы, кроме:</p> <p>а)эритемы б)фолликулярного гиперкератоза в)рубцовой атрофии г)крупнопластинчатого шелушения д)телеангиэктазий</p> <p>8. Какое из медикаментозных средств выберете для назначения больному красной волчанкой?</p> <p>а)антибиотики широкого спектра действия б)антималарийные препараты (делагил, плаквинил) в)цитостатики г)серно-дегтярную мазь д)седативные препараты</p> <p>9. Укажите изменения кожи, характерные для ограниченной формы склеродермии:</p> <p>а)эритема, лихенизация, пигментация б)сиреневое отечное пятно, плотная бляшка, атрофия в)пятна-«медальоны», чешуйки, пигментация г)эритема, гиперкератоз, рубцовая атрофия д)эритема, чешуйки</p> <p>10. Детскому дерматомиозиту свойственно:</p> <p>а)поражение мышц шеи, глотки, дыхательных мышц б)прогноз более благоприятен, чем у взрослых в)кальциноз кожи встречается чаще, чем у взрослых г)развитие заболевания связано с онкологической патологией д)атрофия кожи лица и шеи</p> <p>11. Частой сильно уродующей формой склеродермии у детей является:</p> <p>а)бляшечная б)пятнистая (болезнь белых пятен) в)линейная (полосовидная, «удар саблей») г)системная д)гранулезная</p> <p>12. Наиболее важным свойством наружного средства, назначенного ребёнку с младенческим себорейным дерматитом, является:</p> <p>а)противозудное действие б)рассасывающее действие в)подавляющее действие на липофильную и другую патогенную флору в очагах поражения г)эпителизирующее действие д)сосудорасширяющее действие</p> <p>13. В случае повышенного салоотделения на голове у подростка следует рекомендовать:</p> <p>а)мыть голову, не реже 2 раз в неделю б)использовать постоянно сульсеновое мыло в)использовать постоянно зеленое мыло с серой г)мыть голову редко, 1-2 раза в месяц д)исключить мытье водой и мылом, очищать волосы мукой</p> <p>14. Какова причина раздражения (раздражения) высыпных элементов у ребенка с мастоцитозом при приеме некоторых лекарств:</p> <p>а)либераторное действие лекарства на тучные клетки б)высокая токсичность лекарства в)повышенная кумуляция г)частые аллергические реакции д)дисбактериоз</p>	<p>Г</p> <p>б</p> <p>б</p> <p>Г</p> <p>в</p> <p>в</p> <p>а</p> <p>а</p>
ПК-12	1. Установите соответствие между рубромикозом и	1А,Б; 2 В,Г

	<p>эпидермофитией стоп</p> <p>1. рубромикоз 2. эпидермофития стоп</p> <p>А) Возможность диссеминации патологического процесса Б) Поражение ногевых пластин кистей В) характерно образование микидов Г) характерна дисгидротическая форма</p> <p>2. Установите соответствие между микроспорией и трихофитией волосистой части головы</p> <p>1. микроспория 2. трихофития</p> <p>А) Стрижение волоса на высоте 1-3 мм Б) Стрижение волоса на высоте 5-8 мм В) При люминесцентном исследовании лампой Вуда зеленые свечение Г) При люминесцентном исследовании лампой Вуда отсутствие свечения</p>	<p>1Б,В; 2 А,Г</p>
<p>ПК-12</p>	<p>1. Пациент, 40 лет, длительное время страдает варикозной болезнью вен нижних конечностей. В последние месяцы заметил на голени участок синюшно-красного цвета с шелушением и умеренным зудом. После случайной травмы этого участка образовалась рана, вокруг которой появились мокнутие, яркая краснота, пустулы (гнойнички) и четко очерченные очаги с «застывшими» каплями серозно-гнойного отделяемого. Определите правильную последовательность патогенетических этапов развития данного состояния (от первого к последнему):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Присоединение вторичной бактериальной инфекции (стафило- и стрептококки). 2. Развитие сенсibilизации (аллергической реакции замедленного типа) к бактериальным антигенам. 3. Нарушение трофики тканей и венозный застой на фоне варикоза. 4. Формирование микробной экземы с мокнутием и отеком. 5. Возникновение входных ворот для инфекции (травматизация, расчесы). <p>2. В кожно-венерологический диспансер обратилась женщина, 23 лет, с жалобами на обильные слизисто-гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании и тянущие боли внизу живота. Из анамнеза: неделю назад был незащищенный половой контакт с новым партнером. Врач подозревает гонорейно-хламидийную инфекцию (микст-инфекцию). Установите правильную последовательность действий врача для верификации диагноза (от первого действия к заключительному):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Бактериологический посев отделяемого с определением чувствительности к антибиотикам. 2. Забор материала из уретры, цервикального канала и влагалища. 3. Назначение лечения широкого спектра («ex juvantibus» — лечение наугад). 4. Микроскопия мазка, окрашенного по Граму (и метиленовым синим). 5. ПЦР-диагностика (соскоб эпителиальных клеток) для выявления ДНК гонококка и хламидий. 	<p>3, 5, 1, 2, 4</p> <p>2, 4, 5, 1, 3</p>
<p>ПК-12</p>	<p>1. На коже межпальцевых складок стоп и свода стопы появились мелкие пузырьки, эрозии, трещины, шелушение, сопровождающиеся зудом и жжением. Заболевание началось после посещения бассейна. При микроскопии чешуек обнаружен мицелий гриба. Ваш предположительный диагноз?</p> <p>2. У пациента через несколько часов после полового контакта</p>	<p>Эпидермофития стоп (или микоз стоп)</p> <p>Острая гонорея (гонорейный)</p>

	<p>появились резкая боль и жжение при мочеиспускании, обильные гнойные выделения желто-зеленого цвета из уретры. Губки уретры резко гиперемированы и отечны. В мазке - лейкоциты покрывают все поля зрения, обильная грамотрицательная диплококковая флора, расположенная внутри- и внеклеточно. Ваш предположительный диагноз?</p>	<p>уретрит)</p>
<p>ПК-12</p>	<p>1. Больной 16 лет. Жалобы на повышенную сальность кожи лица и головы, появление крупных открытых комедонов на коже носа и подбородка, а также единичных воспалительных элементов. Anamnesis morbi. Считает себя больным в течение 2 лет, когда появились крупные открытые комедоны на коже лица. Получал наружную терапию топическим эритромицином и процедуры комедоэкстракции, без существенных изменений. Status localis. Патологический процесс локализуется преимущественно на коже лица, в особенности - в области 1-зоны и ушных раковин. Кожа лица и волосы характеризуются жирным блеском. Высыпания представлены в основном невоспалительными элементами - крупными по размеру открытыми комедонами (кожа носа, висков, подбородка, ушных раковин), а также единичными папуло-пустулами (кожа щек). На туловище в себорейных зонах имеются мелкие открытые и закрытые комедоны. При пальпации болезненность элементов отсутствует, характерно ощущение шероховатости кожи, напоминающее терку. Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Каков прогноз течения заболевания у данного пациента? 3. План обследования пациента. 4. Предполагаемая схема лечения.</p> <p>2. Жалобы. Больной 45 лет обратился на консультацию к врачу-дерматовенерологу с высыпаниями на коже, возникшими пять недель назад. Anamnesis morbi. Из анамнеза известно, что высыпания на коже появились после перенесенного длительного стресса. Status localis. При осмотре на коже туловища и конечностей расположены бляшки с причудливыми очертаниями розовой окраски, на поверхности которых наблюдаются серебристо-белые мелкопластинчатые чешуйки. Вопросы для контроля 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назовите клинические формы данного дерматоза. 3. Охарактеризуйте клинический феномен Кебнера. 4. Проведите дифференциальную диагностику.</p> <p>3. Больной 51 года. Жалобы на появление высыпаний, сопровождающихся незначительным зудом, жжением. Anamnesis morbi. Считает себя больным в течение 1 месяца, когда впервые на коже верхних конечностей, в области шеи появились единичные пятна ярко-розового цвета, которые быстро увеличивались в размерах, вокруг имеющихся высыпаний появлялись новые, некоторые самостоятельно регрессировали. Самостоятельно не лечился, обращался к дерматологу 2 недели назад, обследовался. Status localis. Патологический процесс распространенный, локализуется на коже левого плеча, предплечья, верхней трети туловища (зона декольте). Представлен очагами эритемы от 2 до 15 см в диаметре, с фестончатыми краями, центральная ее часть желтовато-розового цвета, несколько уплощенная, по периферии имеется возвышающийся валик красно-синюшного цвета, образованный слиянием отечных папул. Отмечается рост элементов по периферии, слияние близлежащих элементов. Результаты исследований. Исследование на грибы - отрицательно.</p>	<p>Задача 1. 1. Комедональные акне. Диагноз устанавливают на основании характерной клинической картины, включающей повышенное салоотделение в себорейных зонах (особенно на коже лица и волосистой части головы) и невоспалительных элементов (открытых и закрытых комедонов). Представлен пациент 16 лет, у которого могут быть диагностированы преадоlesцентные акне. 2. Ранняя центрофациальная комедональная форма может быть связана с более тяжелым течением акне в дальнейшем, поэтому показано как можно более раннее назначение активной патогенетической терапий. 3. Специального обследования не требуется. 4. При комедональных акне показана наружная терапия адапаленом сроком не менее 4-6 месяцев. После окончания основного курса лечения показана поддерживающая терапия сроком до 12 месяцев. Используют адапален, азелаиновую кислоту. Комедоэкстракция возможна как дополнительный метод. Рекомендуются подбор средств для очищения и увлажнения кожи, а также фотопротекция.</p> <p>Задача 2. 1. Вульгарный псориаз. 2. Клинические формы псориаза: вульгарный псориаз, каплевидный псориаз; генерализованный пустулезный псориаз; ладонно-подошвенный пустулезный псориаз; псориаз эритродермия; псориаз артропатический. 3. Клинический феномен изоморфная реакция Кебнера характеризует прогрессирующую стадию заболевания, заключается в</p>

<p>Вопросы для контроля</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. С какими заболеваниями возможно провести дифференциальную диагностику? 3. Какой план обследования больного? 4. Предполагаемая схема лечения. 	<p>развитии псориазических высыпаний на участках кожи, подверженных раздражению механическими и химическими агентами (инъекции, трение, ушибы, царапины, ожоги, ссадины, порезы и т. д.).</p> <p>4. Дифференциальная диагностика проводится с папулезным сифилидом, красным плоским лишаем, розовым лишаем Жибера, себорейной экземой, дерматомикозами.</p> <p>Задача 3.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Эритема кольцевидная центробежная Дарье. 2. Заболевание следует отличать от хронической крапивницы, кольцевидной гранулемы, многоформной экссудативной эритемы, туберкулоидного типа лепры, розового лишая (хронической формы), герпетического дерматита Дюринга, гириандообразной мигрирующей эритемы Гамеля, третичной розеолы Фурнье, хронической мигрирующей эритемы Афцелиуса - Липшютца, ревматоидной эритемы Лендорфа - Лейнера. 3. Этиология кольцевидной центробежной эритемы неизвестна, связь заболевания рассматривается с различными состояниями - инфекционно-аллергической, токсико-аллергической природы, наличием хронической инфекции, с опухолями легких, желудочно-кишечного тракта и других органов, т. е. как неопластическое состояние. Необходимо исключить соматическую патологию. 4. В качестве симптоматической терапии назначают антигистаминные препараты, гипосенсибилизирующую терапию, наружно - кортикостероидные мази. По результатам обследования терапия корректируется.
--	--